

NECESIDADES DE PERSONAL

MEDICO EN ESPAÑA

VOLUMEN II

Trabajo realizado por el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) y financiado con la ayuda 83/1716 del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Barcelona, diciembre de 1984.

EQUIPO REALIZADOR

Jesús, A. Marcos, dirección

Xavier Casas, coordinación

Josep M^a Antó

Mercè Casas

Assumpta Company

José I. Cuervo

COLABORADORES TECNICOS

Xavier Castells

Asunción Rodríguez

VOLUMEN I

- Resumen del estudio
- Introducción
- Primera Parte

VOLUMEN II

- Segunda Parte
- Tercera Parte
- Apéndice
- Referencias bibliográficas

I N D I C E G E N E R A L

VOLUMEN I

	<u>Pág.</u>
<u>RESUMEN DEL ESTUDIO</u>	1
* * * * *	
<u>Capítulo 0. Introducción</u>	30
0.1 Precisiones conceptuales	32
0.2 Algunas dificultades metodológicas	36
0.3 Situación de la planificación de los profesiona- les de la Medicina	44
 <u>PRIMERA PARTE : OFERTA MEDICA EN ESPAÑA</u>	
<u>Capítulo 1. Evolución de los stocks de médicos</u>	50
1.1 Estudiantes de medicina	51
1.2 Oferta médica	65
. Problemas metodológicos	65
. Evolución de la población médica en el período 1960-1982	67
. Distribución por estructura edad y sexo	71

	<u>Pág.</u>
. Indices de mortalidad y jubilación	73
. Flujos migratorios	75
1.3 Distribución por especialidades	94
. Problemas metodológicos	94
. Tasa y densidad de especialistas	95
. Distribución por especialidades	97
. Especialidades deficiarias en España: Salud Pú blica y Odonto-Estomatología	99
<u>Capítulo 2. Distribución territorial de los médicos en España</u>	116
2.1 Introducción	117
2.2 Observaciones metodológicas	119
2.3 Distribución de médicos a nivel regional	121
2.4 Distribución de médicos a nivel provincial	130
2.5 Diferencias a nivel intraprovincial.....	142
2.6 Distribución territorial de médicos hospita- larios	144
2.7 Conclusiones	152
2.8 Anexo: tablas estadísticas	154
<u>Capítulo 3. Distribución de los médicos por dependencia institucional y modalidad asistencial</u>	176
3.1 Ejercicio privado	177
. Formas de ejercicio privado de los médicos ...	178

	<u>Pág.</u>
. Ejercicio privado en los hospitales (1979) ...	181
3.2 Ejercicio en el sector público	192
3.2.1 Stock y evolución de los médicos del INSALUD .	192
. Número de médicos	192
. Evolución del número de médicos	193
. Plantillas orgánicas y reales del INSALUD ..	195
. Los médicos especialistas	196
. Distribución territorial de los médicos del INSALUD	197
3.2.2 La asistencia primaria en el INSALUD	198
. Número de médicos	198
. Distribución territorial de los médicos de asistencia primaria del INSALUD	200
. Los especialistas estrahospitalarios	203
3.2.3 La asistencia hospitalaria en el INSALUD	206
. Número de médicos	206
. Distribución territorial de los médicos de hospitales del INSALUD.....	208
. Distribución por especialidades.....	210
3.2.4 Otros médicos del sector público	211
. AISNA	211
. Corporaciones locales	212
. Médicos de hospitales clínicos	214
. Otros	
3.3 Síntesis y cuadros comparativos del ejercicio mé dico	260
. Síntesis del sector público	260

. Puestos de trabajo para médicos especialistas en el sector público	262
. El total de médicos en hospitales	263

VOLUMEN II

SEGUNDA PARTE: LAS PREVISIONES DE MEDICOS EN ESPAÑA

<u>Capítulo 4. Previsiones de oferta y demanda de médicos en España</u>	273
4.1 Previsiones de la oferta médica hasta el año 2.000	277
. Bases metodológicas para el cálculo de una proyección del crecimiento médico en España	277
. Hipótesis para el cálculo de previsiones	279
. Evolución de la población médica total y activa durante el período 1985-2000	282
4.2 Previsiones de necesidades de médicos en el <u>INSALUD</u>	305
. Necesidades de médicos generales y pediatras del <u>INSALUD</u>	305
. Necesidades de especialistas hospitalarios del <u>INSALUD</u>	308

	<u>Pág.</u>
4.3 Demanda de médicos del sector público en la perspectiva de la reforma sanitaria	311
. El futuro de la red sanitaria pública	311
. Hipótesis de necesidades de médicos en el sector público en el futuro	313
 <u>TERCERA PARTE. SOBRE EL PROCESO DE FORMACION DEL PERSONAL MEDICO EN ESPAÑA. ALGUNOS TEMAS MAS IMPORTANTES</u>	 320
 <u>Capítulo 5. La reforma del sistema de formación pregraduada</u>	 321
5.1 Consideraciones introductorias	322
5.1.1 Problemas fundamentales en la reforma del sistema de formación del personal médico	323
5.1.2 Las nuevas dimensiones de la práctica sanitaria como referencias necesarias del sistema de formación	326
. Una nueva conceptualización de la salud-enfermedad	328
. Recursos sanitarios y necesidades de la población	333
5.2 La situación actual	339
5.3 Hacia una reorientación de la formación pregraduada	346

	<u>Pág.</u>
5.3.1 El rol de la formación pregraduada en el conjunto del sistema de formación	349
. Creciente diversificación funcional de la población médica	350
. Necesidades de una formación básica común ..	352
. Papel central de la atención primaria de salud	355
5.3.2 Saberes, competencias, habilidades, actitudes.	357
5.3.3 Sobre la organización del curriculum y la metodología docente. Aprender a aprender.....	370
 <u>Capítulo 6. Formación postgraduada: Análisis del proceso de especialización</u>	 377
6.1 Criterios en la C.E.E. para la especialización médica	378
6.2 Desarrollo del programa MIR de formación postgraduada (1976-1984)	408
. El programa MIR en España: evolución del 1976 al 1984	412
. Consideraciones en torno a la evolución del número de plazas adjudicadas para cada especialidad (1976-1984)	415
. Evolución del número de hospitales con programa de formación postgraduada	419
6.3 Anexo: convocatoria MIR - 1985	435

	<u>Pág.</u>
<u>Capítulo 7. Formación continuada</u>	439
7.1 Evolución de la formación continuada	440
7.2 Campo de la formación continuada	445
7.3 El proceso de formación continuada.....	448
7.4 Metodología de la formación continuada	450
. La definición de objetivos	450
. La selección de las actividades de aprendizaje	452
. La evaluación de la formación continuada	455
7.5 La organización de la formación continuada	458
 <u>Apéndice: Anotaciones para un sistema de información</u> <u>sobre profesionales sanitarios: los médicos</u> .	 461
1. Análisis del Flujo de Médicos	462
2. Necesidades de información	464
3. Proyecto de sistema de información de demografía médica	467
4. Anexos	472
 <u>Referencias bibliográficas</u>	 478

SEGUNDA PARTE

LAS PREVISIONES DE MEDICOS EN ESPAÑA

Capítulo 4

Previsiones de oferta y demanda de médicos en España

4.1. Previsiones de la oferta médica hasta el año 2000

Bases metodológicas para el cálculo de una proyección del crecimiento médico en España

Para poder realizar proyecciones del crecimiento de un grupo de población con un mínimo rigor, es necesario conocer sus características demográficas básicas, como la edad, el sexo y la actividad laboral. En el caso de la población médica la falta de información es importante, ya que los últimos datos disponibles en cuanto a edad, sexo, y actividad laboral corresponden al año 1975 (1). Como ya hemos citado en el capítulo de stocks de médicos, los datos correspondientes al año 1975 presentan algunas incoherencias, que podrían significar una infraestimación del número de médicos durante este año. Hemos utilizado estos datos para estimar el número de médicos potencialmente activos los años 1985, 1990, 1995, y 2000. Entendemos como activos el efectivo que queda después de descontar las bajas por enfermedad, jubilación o abandono de la profesión. Los médicos en paro se han considerado como médicos activos.

(1) I.N.E. Encuesta del Consejo General de Médicos. 1974-1975.

De las numerosas metodologías que se encuentran en la literatura para la realización de previsiones, creemos que las más precisas son aquellas que tienen en cuenta la estructura de edad y sexo de la población médica. De todas ellas hemos escogido la propuesta por Horbach, (1). A continuación detallamos los cálculos básicos:

$$Ax+n = Ax * Rx+n + G$$

Donde:

$Ax+n$ = Número de médicos activos a la edad $x+n$.

Ax = Número de médicos activos a la edad x .

$Rx+n$ = Proporción de médicos activos en la edad n que seguirán trabajando en la edad $x+n$.

n = En nuestro caso es igual a 5.

G = Graduados durante el período.

El cálculo de $Rx+n$ se efectúa como sigue:

$$Rx+n = \frac{Lx+n * Ex+n}{Lx * Ex}$$

Donde:

$Ex+n$ = Tasa de actividad estimada para los médicos de edad $x+n$.

Ex = Tasa de actividad estimada para los médicos de edad x .

$Lx+n$ = Número de supervivientes en la edad $x+n$, calculado según tablas de mortalidad.

Lx = Número de supervivientes en la edad x calculada según tablas de mortalidad.

(1) Horbach L.H. (op. cit).

Hipótesis para el cálculo de previsiones

Evidentemente las asunciones que debemos hacer para que sea válida la aplicación del modelo anterior son múltiples.

En este sentido, seguidamente pasamos a indicar las distintas variables que nos permitirán establecer las hipótesis para el cálculo de previsiones de oferta médica en España hasta el año 2000 y su distribución por edad y sexo.

- 1- La mortalidad es poco probable que presente cambios considerables durante los próximos 10 años, aunque las tasas de mortalidad de la población médica pueden ser algo inferiores a las de la población general. Para nuestros cálculos hemos utilizado las tasas de mortalidad que se especifican en la tabla 1.21, del capítulo 1.
- 2- Más difícil de aceptar es la estabilidad de las tareas de actividad personal, teniendo en cuenta que se producirá la entrada masiva de médicos jóvenes, junto a un porcentaje importante de mujeres. En nuestra proyecciones hemos utilizado dos estimaciones distintas de las tasas de actividad de los médicos: la correspondiente a España el año 1975 según la encuesta del INE (tabla 1.22) y, en el caso de las mujeres médicos, hemos utilizado inicialmente las tasas de actividad en Inglaterra del año 1976. (1)

(1) Maynard A, Walker A. Doctor manpower 1975-2000, : alternative Forecasts and their resource implications. Research Paper n.4, 16-26, HMSO, London, 1978.

En este caso, al aplicar las distintas hipótesis según el nivel de participación de la mujer en la profesión médica (alta o baja), no se han obtenido diferencias importantes (ver cuadro). Por ello, para el resto de previsiones efectuadas sólo utilizaremos la hipótesis de alta actividad profesional de la mujer.

	<u>HIPOTESIS 1</u>	<u>HIPOTESIS 2</u>
	(Alta participación de la mujer)	(Baja participación de la mujer)
1985	112.925	112.449
1990	128.805	128.267

- 3- Como hipótesis de jubilación partimos de considerar que el 100% de los médicos se jubilan a partir de los 75 años.
- 4- El movimiento migratorio se ha considerado nulo durante este período.
- 5- Para el cálculo de las densidades médicas se han utilizado las previsiones de población del INE (1)
- 6- Las tasas de feminización de los futuros médicos graduados se basan en dos hipótesis. La hipótesis de baja feminización es que ésta se mantendrá en los niveles actuales, es decir de un 40% y la hipótesis alta es que aumentará hasta ser el 50% del total de población graduada.

(1) I.N.E. Evolución de la población española. 1978-1998. I.N.E., Madrid, 1979.

7- Como tasas de supervivencia estudiantil se han considerado tres hipótesis (alta, media y baja), a partir de las calculadas sobre las cohortes de estudiantes de años anteriores (tabla 4.1).

En las cinco primeras variables se considera una sola hipótesis y en las dos últimas se presentan varias, por consiguiente, con todas ellas, se considerarán seis hipótesis distintas para el cálculo de la oferta médica en España:

HIPOTESIS A	Supervivencia estudiantil	- 52%
	Feminización	- 40%
HIPOTESIS B	Supervivencia estudiantil	- 52%
	Feminización	- 50%
HIPOTESIS C	Supervivencia estudiantil	- 41%
	Feminización	- 40%
HIPOTESIS D	Supervivencia estudiantil	- 41%
	Feminización	- 50%
HIPOTESIS E	Supervivencia estudiantil	- 34%
	Feminización	- 40%
HIPOTESIS F	Supervivencia estudiantil	- 34%
	Feminización	- 50%

Evidentemente, la modificación de estas hipótesis por otras que se considerasen más plausibles a la vista de datos actualizados, permitiría ajustar las proyecciones realizadas.

Evolución de la población médica total y activa durante el período 1985-2000.

En primer lugar vamos a considerar el número de graduados que saldrán de las facultades de medicina en los próximos años, hasta el año 1988, según la aplicación de las tres hipótesis de supervivencia estudiantil (alta, media y baja). Los datos numéricos se presentan en la tabla 4.2 y, gráficamente, en la figura 4.1.

Como se observa, se producirá una drástica e importante disminución en el número de graduados previsible en un futuro inmediato, debido a la aplicación, en su momento, de medidas selectivas al ingreso de estudiantes.

En el caso de que el número de admisiones actuales a las facultades de medicina se mantuviera estable y según la hipótesis de supervivencia más desfavorable, la densidad médica para el año 2.000 se situará alrededor de los 32 a 36 médicos por cada 10.000 habitantes (tabla 4.5).

En las tablas 4.3 y 4.4 encontramos el número posible de médicos activos y total según cada una de las hipótesis. Como podemos ver en la tabla 4.3, el crecimiento médico aún en la hipótesis más alta se empieza a estabilizar a partir del año 1990. Así, si entre 1980 y 1990 la población médica habría aumentado 1,6 veces, entre 1990 y el año 2000 sólo debería aumentar en 1,2 veces. Todos estos cálculos se han realizado en base a la población médica activa. En la tabla 4.4 encontramos los mismos datos pero para población total, es decir activos y no activos, ya que hasta el momento eran estas las cifras que se utilizaban.

En la tabla 4.5 hemos calculado la densidad médica prevista para los últimos años de este siglo en cada una de las hipótesis, según las previsiones de población del INE.

Para la previsión de la estructura por edad y sexo de la población médica desde el año 1985 hasta el año 2000, hemos considerado los datos de población médica total y población médica activa obtenidos en la hipótesis A (tablas 4.3 y 4.4), que nos parece la más fructífera.

En las tablas 4.6 a 4.9 para los médicos activos, y desde la tabla 4.10 a 4.13 para los médicos totales (véanse también las figuras 4.2 a 4.5) se observa que el máximo rejuvenecimiento de la población médica se da en el año 1985 con un 62% de médicos activos menores de 35 años. Posteriormente este porcentaje se va reduciendo hasta alcanzar sólo el 25% en el año 2000.

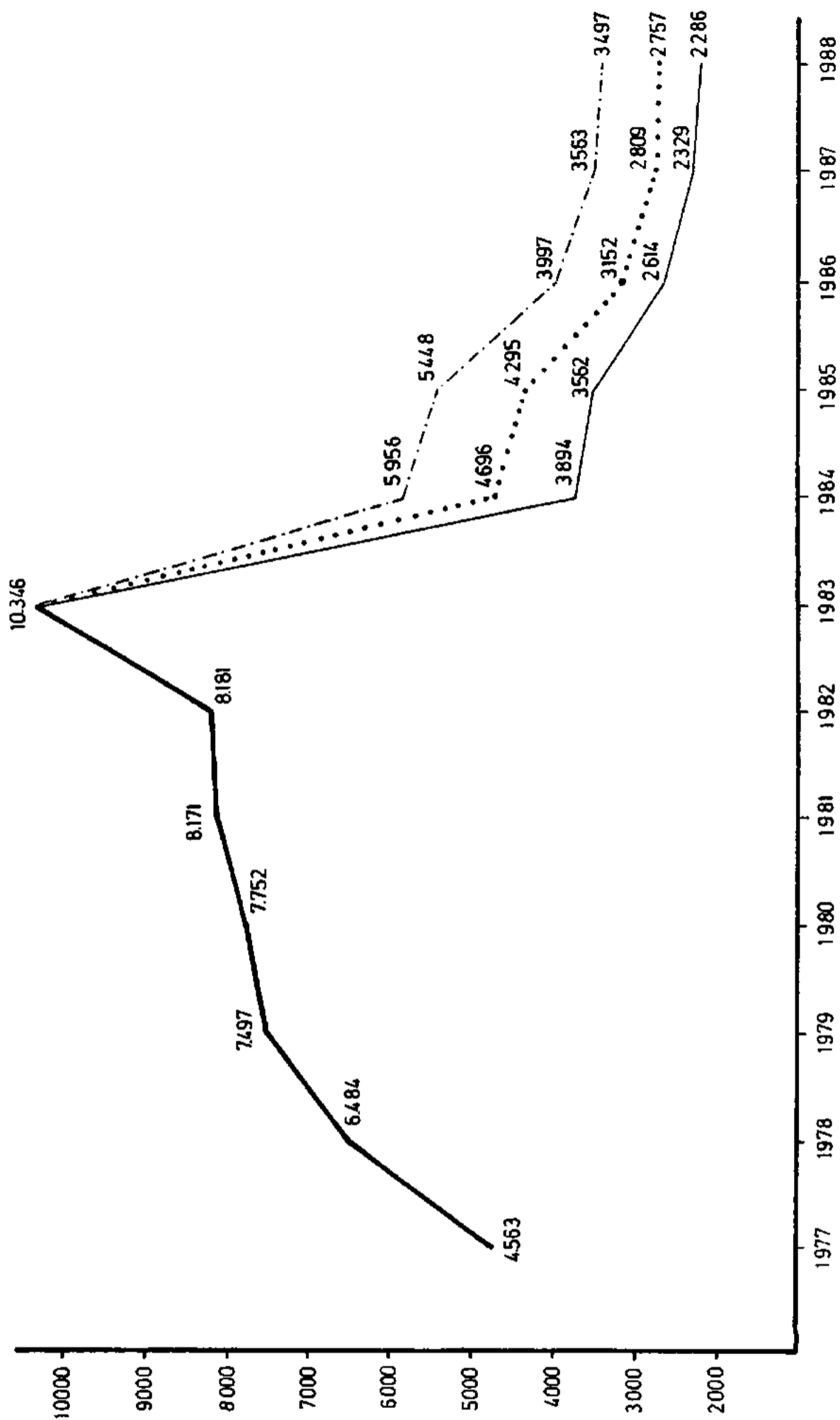
La feminización, incremento de mujeres entre la población de médicos, seguiría aumentando desde el 25,1% en 1985 hasta el 32,4% del año 2000 (figura 4.6).

En la tabla 4.14 se presenta la distribución, por CC.AA., de los médicos que previsiblemente habría en el año 2000, en el caso de que la actual proporcionalidad de médicos en cada CC.AA no se modificara.

De cualquier forma los datos presentados en este apartado no son más que cálculos, que si bien pueden servir para dar una idea de las futuras necesidades y oferta médica, cualquier cambio en las hipótesis establecidas, cambios plausibles si tenemos en cuenta el

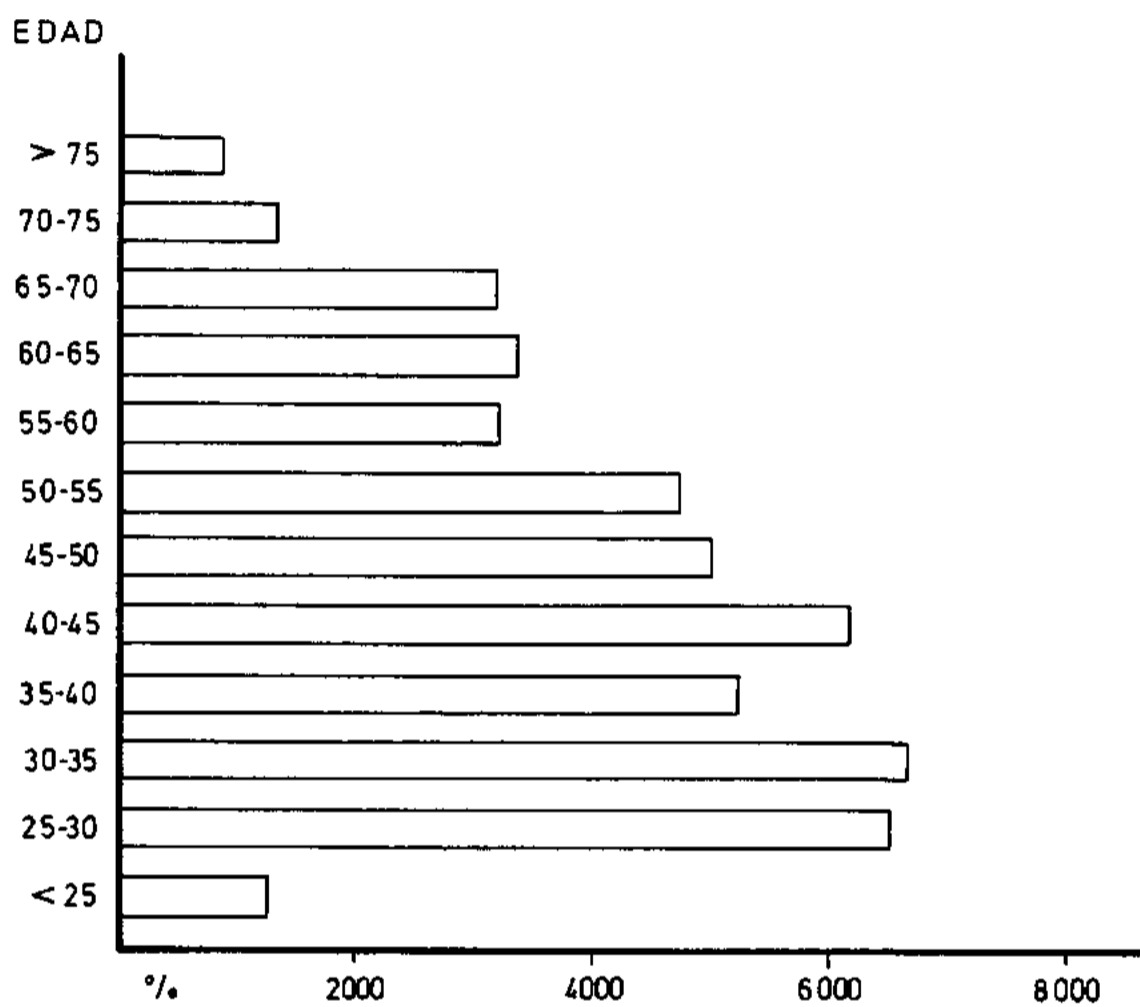
excedente médico actual, podrían alterar las estimaciones. Podría ocurrir que, como consecuencia del grave problema del paro médico, existiera un importante abandono de la profesión hacia otras actividades.

FIGURA 4.1. EVOLUCION DEL NUMERO DE MEDICOS GRADUADOS EN CADA PROMOCION Y ESTIMACION PARA 1984-1988.



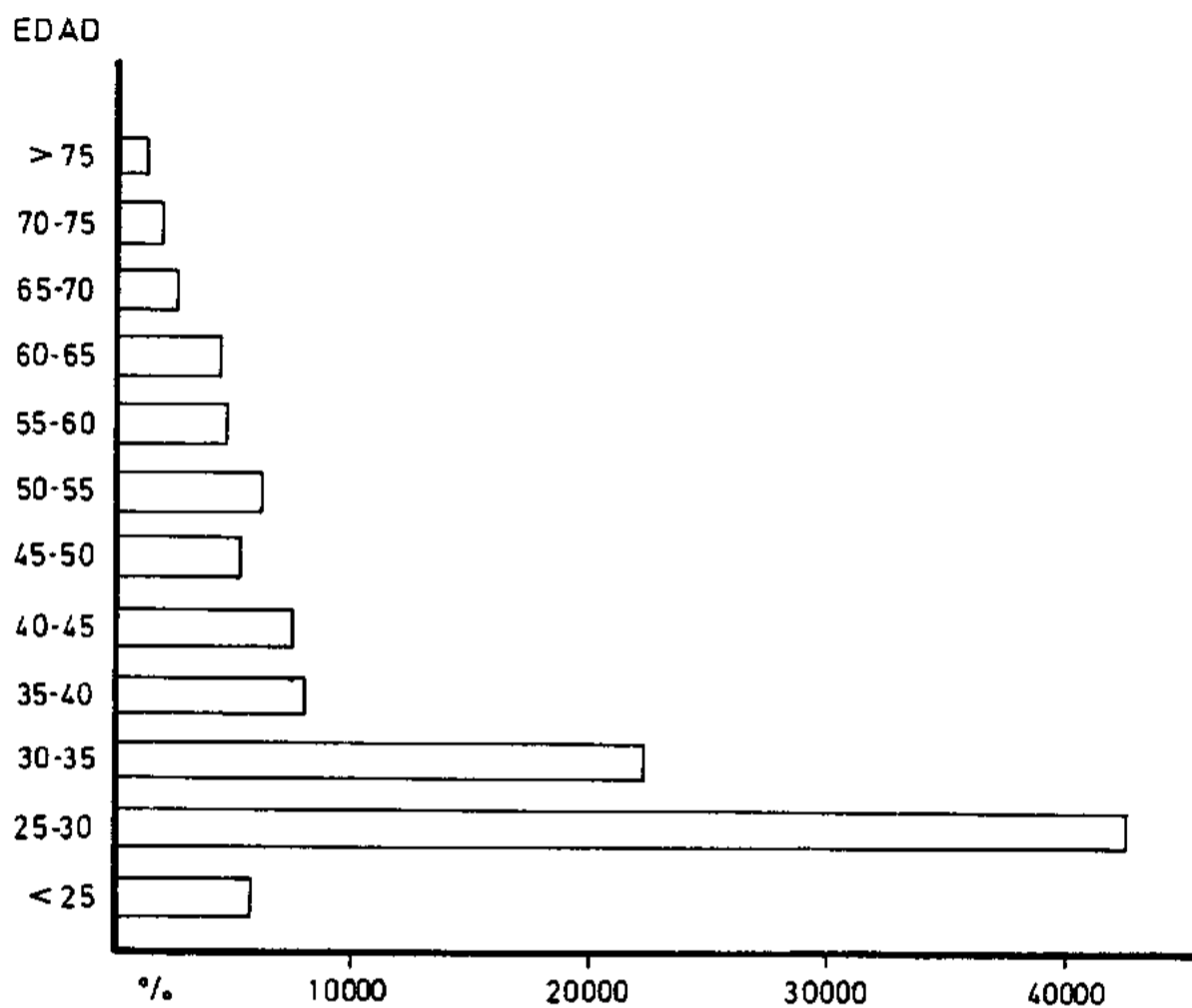
Fuente: Elaboración propia y Estadística Universitaria Española. MEC. Madrid 1984.

FIGURA 4.2. DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS ACTIVOS POR EDAD 1975.



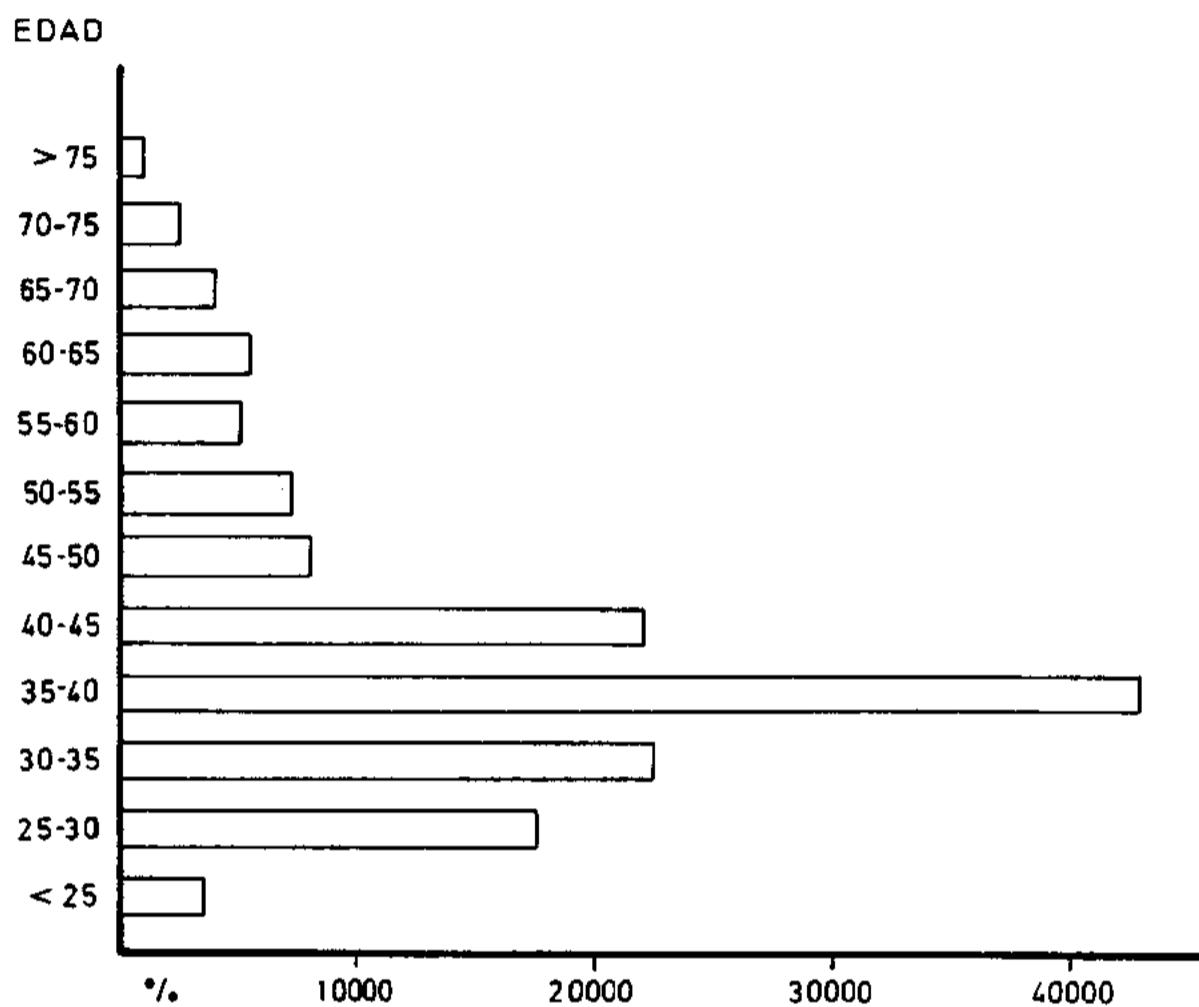
Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 4.3. DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS ACTIVOS POR EDAD ESTIMACION PARA 1985.



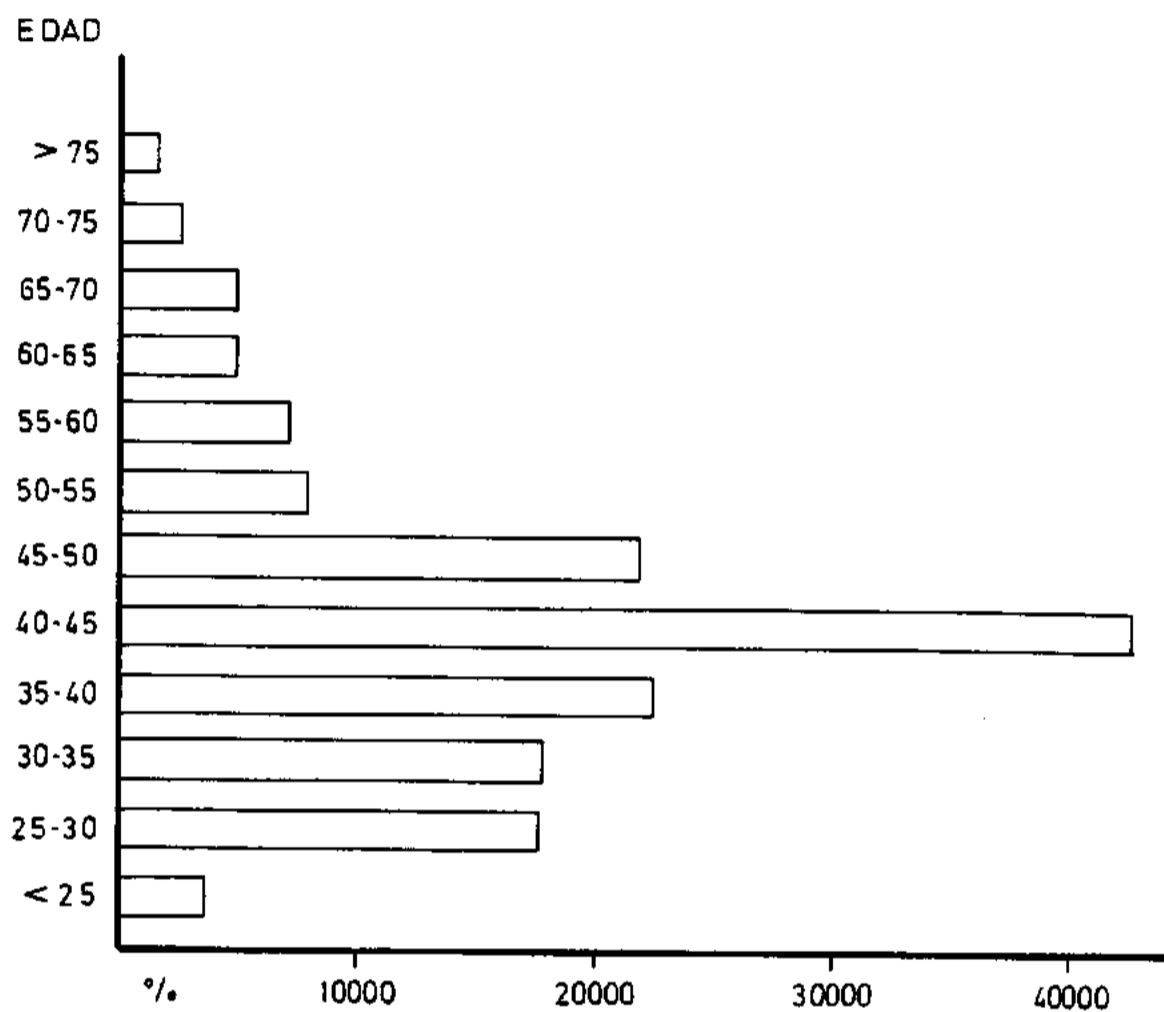
Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 4.4. DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS ACTIVOS POR EDAD ESTIMACION PARA 1995.



Fuente: Elaboración propia.

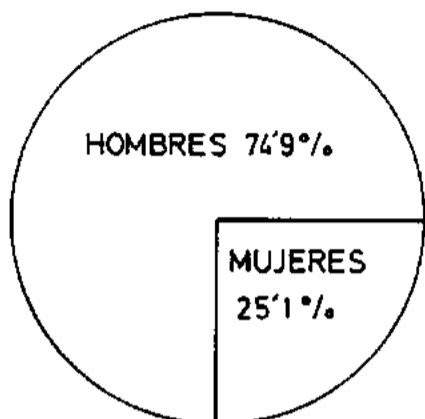
FIGURA 4.5. DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS ACTIVOS POR EDAD ESTIMACION PARA 2000.



Fuente: Elaboración propia.

FIGURA 4.6. EVOLUCION DE LA DISTRIBUCION DE MEDICOS ACTIVOS SEGUN SEXO:
ESTIMACION PARA EL AÑO 2000.

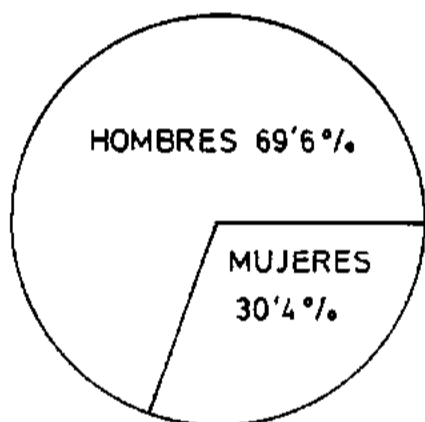
Médicos Activos Año 1985
Distribución por Sexo



Médicos Activos Año 1990
Distribución por Sexo



Médicos Activos Año 1995
Distribución por Sexo



Médicos Activos Año 2000
Distribución por Sexo



Fuente: Elaboración propia.

TABLA 4.1. NUMERO ANUAL DE MEDICOS LICENCIADOS EN ESPAÑA 1970-1983 Y TASA DE SUPERVIVENCIA ESTUDIANTIL.

Ingresos (1er. curso)		Graduados		Tasa %
año	nº alumnos	año	nº graduados	(b/a)
1964-65	6.806	1970	2.528	37
1965-66	7.569	1971	2.650	35
1966-67	8.151	1972	2.775	34
1967-68	7.512	1973	2.777	37
1968-69	8.878	1974	3.740	42
1969-70	10.920	1975	4.062	37
1970-71	12.150	1976	5.301	44
1971-72	11.492	1977	4.563	41
1972-73	13.540	1978	6.484	48
1973-74	15.695	1979	7.497	48
1974-75	15.591	1980	7.752	50
1975-76	22.128	1981	8.171	37
1976-77	22.554	1982	8.181	36
1977-78	19.960	1983	10.346	52
1978-79	11.454	1984	--	--
1979-80	10.476	1985	--	--
1980-81	7.687	1986	--	--
1981-82	6.851	1987	--	--
1982-83	6.724	1988	--	--

Fuente: "Anuarios estadísticos". INE y "Estadísticas de la enseñanza en España". Elaboración propia.

TABLA 4.2. ESTIMACION DEL NUMERO DE GRADUADOS DURANTE EL PERIODO 1984-88, SEGUN TRES HIPOTESIS

AÑO DE GRADUACION	HIPOTESIS *		
	Alta (52%)	Media (41%)	Baja (34%)
1984 (inicio en 1978)	5.956	4.696	3.894
1985 (" " 1979)	5.448	4.295	3.562
1986 (" " 1980)	3.997	3.152	2.614
1987 (" " 1981)	3.563	2.809	2.329
1988 (" " 1982)	3.497	2.757	2.286

* Hipótesis elaboradas con las tasas de supervivencia estudiantil máxima; mínima y media del período 1970-1983 (véase Tabla 4.1).

Fuente: "Anuarios estadísticos", I.N.E. y Estadísticas de la enseñanza en España". Elaboración propia.

TABLA 4.3. ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS ACTIVOS SEGUN VARIAS HIPOTESIS
1985 - 2000.

AÑOS	HIPOTESIS					
	A	B	C	D	E	F
1985	112.925	-	-	-	-	-
1990	128.806	128.812	124.580	124.580	121.887	121.887
1995	141.457	141.452	133.497	133.489	128.428	128.420
2000	153.467	153.439	141.789	141.762	134.353	134.331

Fuente: Elaboración propia según metodología citada en el texto.

TABLA 4.4. ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS TOTALES SEGUN VARIAS HIPOTESIS 1985-2000.

AÑOS	HIPOTESIS					
	A	B	C	D	E	F
1985	117.949					
1990	133.794	133.806	129.412	129.416	126.619	126.623
1995	146.980	147.004	138.779	138.793	123.556	133.567
2000	159.971	160.012	147.972	147.999	140.331	140.354

Fuente: Elaboración propia según metodología citada en el texto.

TABLA 4.5. ESTIMACION DE LAS DENSIDADES DE MEDICOS POR 10.000 HABITANTES
SEGUN VARIAS HIPOTESIS. 1985-2000

AÑOS	HIPOTESIS					
	A	B	C	D	E	F
1985	29,32					
1990	32,45	32,45	31,39	31,39	30,71	30,71
1995	34,84	34,83	32,88	32,88	31,63	31,62
2000	36,96	36,95	34,15	34,14	32,36	32,35

Fuente: Elaboración propia con datos de la tabla 4.3, y con la población estimada por el I.N.E.

TABLA 4.6. ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS ACTIVOS EL AÑO 1985. DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
< 35	47.342	53	25.699	87	73.041	62
35-44	13.264	15	2.638	9	15.902	13
45-54	11.131	13	654	2	11.786	10
55-64	9.136	10	260	1	9.396	8
> 65	7.660	9	165	1	7.824	7

TOTAL	88.533	100	29.416	100	117.949	100

Fuente: Elaboración propia según metodología expuesta en el texto.

TABLA 4.7. ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS ACTIVOS EL AÑO 1990. DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
< 35	42.798	46	26.063	72	68.861	53
35-44	21.967	24	8.313	23	30.280	24
45-54	11.327	12	1.331	4	12.659	10
55-64	10.038	11	414	1	10.452	8
> 65	6.386	7	168	-	6.554	7

TOTAL	92.516	100	36.289	100	128.806	100

Fuente: Elaboración propia según metodología expuesta en el texto.

TABLA 4.8. ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS ACTIVOS EL AÑO 1995. DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
< 35	26.270	27	17.197	40	43.466	31
35-44	42.458	43	22.481	52	64.939	46
45-54	12.593	13	2.524	6	15.117	11
55-64	10.020	10	614	1	10.634	8
> 65	7.076	7	225	-	7.300	5

TOTAL	98.416	100	43.041	100	141.457	100

Fuente: Elaboración propia según metodología expuesta en el texto.

TABLA 4.9. ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS ACTIVOS EL AÑO 1980. DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
< 35	23.237	22	15.455	31	38.692	25
35-44	40.474	39	24.367	49	64.841	42
45-54	21.204	20	8.268	17	29.472	19
55-64	10.466	10	1.302	3	11.768	8
> 65	8.328	8	366	1	8.694	6

TOTAL	103.708	100	49.759	100	153.467	100

Fuente: Elaboración propia según metodología expuesta en el texto.

TABLA 4.10. ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS TOTAL EL AÑO 1985. DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
< 35	47.342	53	25.699	87	73.041	62
35-44	13.264	15	2.638	9	15.902	13
45-54	11.131	13	654	2	11.786	10
55-64	9.136	10	260	1	9.396	8
> 65	7.660	9	165	1	7.824	7

TOTAL	88.533	100	29.416	100	117.949	100

Fuente: Elaboración propia según metodología expuesta en el texto.

TABLA 4.11. ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS TOTAL EL AÑO 1990. DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
< 35	43.798	46	26.929	72	70.726	53
35-44	22.248	23	8.630	23	30.879	23
45-54	11.571	12	1.380	4	12.951	10
55-64	10.263	11	423	1	10.686	8
> 65	8.332	9	220	1	8.552	6

TOTAL	96.212	100	37.582	100	133.794	100

Fuente: Elaboración propia según metodología expuesta en el texto.

TABLA 4.12. ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS TOTAL EL AÑO 1995. DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
< 35	26.948	26	17.786	40	44.734	30
35-44	43.011	42	23.368	52	66.379	45
45-54	12.864	13	2.612	6	15.477	11
55-64	10.252	10	628	1	10.881	7
> 65	9.216	9	294	1	9.510	6

TOTAL	102.292	100	44.689	100	146.980	100

Fuente: Elaboración propia según metodología expuesta en el texto.

TABLA 4.13. ESTIMACION DEL NUMERO DE MEDICOS TOTAL EL AÑO 2000. DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	nº	%	nº	%	nº	%
< 35	23.864	22	15.992	31	39.856	25
35-44	41.045	38	25.422	49	66.467	42
45-54	21.659	20	8.578	17	30.237	19
55-64	10.699	10	1.329	3	12.029	8
> 65	10.917	10	465	1	11.382	7

TOTAL	108.185	100	51.786	100	159.971	100

Fuente: Elaboración propia según metodología expuesta en el texto.

TABLA 4.14. DISTRIBUCION POR CC.AA. DE LOS MEDICOS EN EL AÑO 2000.

CC.AA.	POBLACION	MEDICOS	MEDICO x 10.000 HABITANTES	HABITANTES/ MEDICO
Andalucía	7.645.848	24.854	32,51	307
Aragón	1.420.854	7.242	50,97	196
Asturias	1.340.854	5.137	38,31	261
Baleares	778.606	2.631	33,79	295
Canarias	1.623.480	4.744	29,22	342
Cantabria	609.101	2.267	37,22	268
Castilla-La Mancha	1.956.974	5.210	26,62	375
Cataluña	7.070.621	27.674	39,14	255
Comunidad Valenciana	4.328.943	15.906	36,74	272
Extremadura	1.264.182	3.401	26,90	371
Galicia	3.337.914	9.668	28,96	345
La Rioja	301.928	1.199	39,70	251
Madrid	5.563.663	27.638	49,68	201
Murcia	1.134.218	3.603	31,76	314
Navarra	603.891	2.604	43,12	231
País Vasco	2.541.593	9.690	38,13	262

TOTAL	41.522.670	153.467	36,96	270

Fuente: Elaboración propia con datos estimados según la metodología citada en el texto. Población según estimaciones del I.N.E.

4.2. Previsiones de necesidades de médicos en el INSALUD

Necesidades de médicos generales y pediatras del INSALUD.

Del análisis de los índices actuales de médicos generales y pediatras y de las necesidades de los mismos, según diversas hipótesis, se obtiene el número de médicos en exceso o déficit en el INSALUD:

Hipótesis A: Adscripción de la población hasta los siete años al pediatra y mayores de siete al médico general.

INDICADOR	PEDIATRAS		MEDICOS GENERALES	
Cobertura población	90%	100%	90%	100%
Médicos actuales	3.617	3.617	16.861	16.861
Población/médico	1.394 hb	1.548 hb	1.734 hb	1.926 hb
Médicos necesarios (1.500 hb/pediatra 2.000 hb/ m.g.)	3.359	3.732	14.617	16.242
Déficit (-)/Exceso (+) de médicos en la actualidad.	(+) 258	(-) 115	(+) 2.244	(-) 619

Hipótesis B: Adscripción de la población hasta 14 años al pediatra y mayores de 14 años al médico general.

INDICADOR	PEDIATRAS		MEDICOS GENERALES	
Cobertura población	90%	100%	90%	100%
Médicos actuales	3.617	3.617	16.861	16.861
Población/médico	2.429 hb	2.699 hb	1.511 hb	1.679 hb
Médicos necesarios (1.500 hb/pediatra 2.000 hb/ m.g.)	5.858	6.509	12.743	14.158
Déficit (-)/Exceso (+) de médicos en la actualidad.	(-)2.241	(-)2.892	(+)4.118	(+)2.703

Entre los médicos generales se observa que existe siempre un exceso del número de los que actualmente ya trabajan en el INSALUD; siendo mucho menos favorable, para este colectivo médico, la aplicación de la hipótesis B, con el incremento de la edad de la población hasta los 14 años. Para los pediatras ocurre lo contrario, de manera que mientras las variaciones sobre el número actual son mínimas en la hipótesis A, al aplicar la hipótesis B se producen unas importantes necesidades de nuevos pediatras.

Así pues, los puestos de trabajo para médicos generales serían suficientes en las condiciones actuales y excesivos si modificásemos la edad pediátrica (de 7 a 14 años). Entre los médicos pediatras ocurriría el fenómeno inverso.

Debemos considerar los nuevos empleos generados anualmente como consecuencia del crecimiento de la población y por vacantes de la "mortalidad" médica. Globalmente ello nos daría, en una cobertura total, una media anual de 580 puestos de trabajo (170 de nueva creación), a cubrir por los médicos generales y 150 (40 de nueva creación) para los pediatras. Estos puestos anuales, en INSALUD, no absorben la oferta de médicos que a este nivel se va generando.

Cabe añadir que siendo desigual la distribución de los recursos médicos entre las distintas CC.AA, como ya hemos visto anteriormente, los cálculos de necesidades de médicos, efectuados sobre el conjunto de España, deberán requerir una aproximación en cada CC.AA. De hecho se plantea una situación que puede hacer modificar las previsiones generales antes apuntadas, que podemos concretar en que las zonas más deficitarias adquieran mayores recursos en médicos, pero no a costa de las que cuentan con superávit. Si así se produjera, el incremento del número total de médicos en España, en el sector sanitario público, podría ser muy elevado y probablemente costoso. Ello nos induce a pensar que será preciso introducir incentivos para lograr que la mejoría en los índices de médicos por habitante, entre los médicos generales y pediatras, se logre más por reequilibrios inter e intracomunitarios (CC.AA.) que por aumentos exclusivos de plantillas, que en cifras globales hemos visto como no necesarios.

Finalmente, indicar que en ningún momento nos hemos planteado cuál debería ser el horario de trabajo diario con el que atender a la población asignada a cada médico, pero en todo caso ya expresamos que no podrá ser el vigente si se quieren desmasificar los centros primarios y mejorar la calidad de la atención sanitaria, debiendo orientarse a una jornada laboral completa y no de dos horas.

Necesidades de especialistas hospitalarios del INSALUD

De datos anteriores y, más en concreto, de los aportados en el apartado 3.2.3 del capítulo 3, se pueden sacar algunas conclusiones sobre las necesidades del INSALUD respecto a los médicos de hospitales:

- 1- El INSALUD necesita utilizar parte de los hospitales externos a su red para prestar la asistencia hospitalaria a sus beneficiarios, cosa que no ocurría en la asistencia primaria, salvo en la realización de algunas pruebas complementarias.
- 2- El INSALUD tiene problemas estructurales que le hacen utilizar mal sus recursos. Así, con el 28% de las camas de agudos, ocupa un 39,6% de médicos del sector hospitalario.
- 3- El índice de camas de agudos por mil habitantes es aún bajo, al igual que el de camas por médico.
- 4- El INSALUD dispone de un elevado número de especialistas extrahospitalarios.
- 5- El incremento del personal médico en los hospitales del INSALUD debe corresponderse con la ampliación de

camas y enmarcarse en la perspectiva de mejorar los índices antes indicados.

- 6- En cualquier caso, a partir de la actual práctica de concertación con el resto de sector público, y avanzando en la línea de un futuro SNS con cobertura sanitaria para toda la población a través de una red pública, no cabe plantearse la ampliación de la plantilla de médicos de los hospitales del INSALUD al margen de la racionalización de todo el sector hospitalario público, tanto en médicos y otro personal sanitario como en número de camas.

En el sentido de esta última conclusión hemos redactado el apartado que sigue de este informe. En él se plantean unas hipótesis de necesidades de médicos en un futuro SNS, con una única red asistencial pública.

En el ámbito hospitalario se propone un aumento de 7.322 puestos de trabajo para médicos, sobre los 31.028 actuales del sector hospitalario público. Los nuevos puestos se propone que sean ocupados de forma prioritaria por los actuales especialistas extrahospitalarios del INSALUD. Con ellos se pueden delimitar actualmente dos grupos, los que además del puesto de especialista extrahospitalario del INSALUD trabajan en hospitales del sector público y los que no trabajan en ellos. Con los primeros se podría pensar en conseguir que en su actividad hospitalaria pudieran incluir la propia de especialista de ambulatorio, con lo cual reduciríamos puestos de especialista extrahospitalario sin aumentar los de hospitales. A los especialistas extrahospitalarios que

no trabajan en hospitales del sector público, deberían dirigírseles propuestas para ocupar las plazas que se amplien en los hospitales, haciendo que los aumentos en el sector hospitalario se correspondan con reducciones en el extrahospitalario.

Una vez incorporados todos los especialistas hospitalarios del sector público y los extrahospitalarios del INSALUD a la única red pública, quedarían vacantes (probablemente, sin querer dar a esta información un tono de seguridad) unas 3.000 plazas del total de 7.322 que se creaban.

Déficits importantes como el de psiquiatras pueden encontrar solución en la coordinación funcional y/o orgánica de las distintas redes hospitalarias públicas.

Entre las necesidades de personal no puede olvidarse la cobertura de plazas vacantes por "mortalidad" médica y de plazas nuevas a crear por ampliación de la cobertura poblacional y por crecimiento vegetativo de la propia población. En conjunto vendrían a representar unas 940 plazas anuales para médicos especialistas en los hospitales (300 de nueva creación). Las plazas de nueva creación se corresponderían a las necesidades de nuevas camas que también experimentan crecimientos anuales por incremento de la población, calculando que en la actualidad representarían unas 1.200 nuevas camas hospitalarias por año en todo el Estado.

4.3. Demanda de médicos del sector público en la perspectiva de la reforma sanitaria

El futuro de la red sanitaria pública.

La compleja distribución de los médicos dentro del sector sanitario público responde a la propia descoordinación y actuación dispersa de todo el sector. Cabe pensar en la integración del personal sanitario del sector público y, en nuestro caso, de los médicos, en un futuro Servicio Nacional de Salud (SNS); en cualquier caso, ello debería hacerse como estricta medida racionalizadora del sector sanitario público. Evidentemente, hacerlo entraña múltiples dificultades que no se nos escapan, pero la adopción de medidas concretas en este tema no puede demorarse mucho tiempo.

Podemos plantearnos diversas opciones a la utilización del actual stock de médicos del sector sanitario público, partiendo de la importante red del INSALUD, prácticamente hegemónica en recursos médicos dentro del nivel de la asistencia primaria del sector público y que dispone del 60% de los médicos de la asistencia hospitalaria pública.

Las opciones van a depender de que se asuma o no la cobertura total de la población, de la aplicación o no de un sistema estricto de incompatibilidades, de la coordinación o no de las distintas administraciones públicas, etc.

Partiendo de la variabilidad que la aplicación de las posibilidades enumeradas pueda tener sobre la utilización del actual stock médico del sector público, creemos que la mejor hipótesis se concretaría en que el resultado final fuera:

- Adscribir a todos los médicos que en la actualidad ejercen en el sector público, a una única red sanitaria pública.
- Reorientar las funciones de ciertos colectivos médicos (AISNA, beneficencia, sanidad nacional, especialistas extrahospitalarios del INSALUD ...), lo que debería permitir estructurar equipos médicos suficientes a todos los niveles de la asistencia (primaria, hospitalaria, servicios centrales, otras actividades), en el marco geográfico y poblacional de las Areas de Salud del SNS.
- Mantener a nivel ambulatorio, en el caso de los especialistas extrahospitalarios, los de servicios diagnósticos, tocólogos, odontólogos, psiquiatras y los que se consideren básicos. El resto se debería integrar en el sector hospitalario.
- Aplicar las incompatibilidades con criterios estrictos y cubrir las vacantes, en caso necesario.
- Reorganizar los servicios de salud pública, principalmente en lo referente a las actividades y responsabilidades de los sanitarios locales (APD).

Hipótesis de necesidades de médicos en el sector público en el futuro.

La consecución de todas las medidas expuestas se concretaría en un nuevo modelo de ejercicio profesional dentro del sector sanitario público que atendería a toda la población con mayores prestaciones (odontología, psiquiatría, internamientos de larga estancia, salud pública).

La aproximación al número de médicos que se precisarían para atender las necesidades sanitarias de la población española, resulta de la aplicación de las diversas hipótesis expuestas en la tabla 4.15. Los números absolutos que se dan para cada categoría profesional se obtienen a partir del cálculo sobre la población española, a diciembre de 1982, y se refieren a las necesidades de médicos para el año 1983.

La hipótesis que nos permiten efectuar los cálculos, se expresan de forma tentativa y tienen un valor orientativo, no constituyendo por sí mismas ninguna opción cerrada.

El total de médicos necesarios para el año 1983, aplicando las hipótesis a la población de diciembre de 1982, sería de 72.004 en el sector sanitario público, lo que representa un índice de 529 habitantes/médico o 19 médicos por cada 10.000 habitantes. El índice de médicos, siempre en el sector público, podría tener su techo máximo den 500 habitantes/médico, lo cual añade unos 4.300 médicos a la cifra anterior.

La cifra 72.004 médicos (68,9% de los médicos totales en 1983) significa 1.300 nuevos puestos de trabajo en el sector sanitario público, a añadir a los 70.704 ya existentes, con la salvedad que un médico sólo debería ocupar un único puesto de trabajo, lo cual motivaría necesarias mejoras salariales y laborales, incluidas modificaciones horarias de la jornada de trabajo.

La distribución de médicos por niveles asistenciales nos da unos porcentajes del 42,8% en la asistencia primaria, del 53,2% en los hospitales y del 4,0% en otras actividades.

Los cambios más importantes, comparando con la actual plantilla del sector sanitario público, se pueden concretar en una plantilla "teórica" que se caracterizaría por:

- 1- Ligero incremento sobre la actual plantilla que permitiría cubrir las necesidades asistenciales del 100% de la población.
- 2- Modificación en la distribución de los médicos entre los distintos niveles asistenciales, con disminución de 7.396 puestos de trabajo en la asistencia primaria por adscripción de parte de los actuales especialistas extrahospitalarios al hospital e incremento de 7.322 puestos en la asistencia hospitalaria y de 1.374 en otras actividades (salud pública, administración).
- 3- Cambios en la asistencia primaria, motivados principalmente por el traslado de parte de los especialistas del ambulatorio al hospital y por un importante

aumento en odontólogos-estomatólogos y psiquiatras, y por la incorporación de postgraduados en formación; con ello, el nivel de asistencia primaria adquiere su dimensión real. No nos planteamos, de forma inicial, la modificación de la edad pediátrica aunque, si se efectuara, ello daría origen a un exceso de médicos generales y un déficit en el grupo de pediatras, tal y como señalamos en la tabla. La cifra de 1 odontólogo por cada 10.000 habitantes, trabajando en la asistencia primaria pública, no indica las necesidades totales de odontólogos del país, puesto que a ella deberían sumarse los que trabajarían en los hospitales públicos y en el sector privado.

- 4- Aumento de puestos de trabajo a nivel hospitalario que viene motivado al considerar que en un SNS la atención a los enfermos no debe limitarse a casos agudos, sino también debe incluir a los crónicos y de larga estancia, a los psiquiátricos, etc. Ello nos lleva a plantearnos un índice de 3,5 camas por cada 1.000 habitantes y de 4 camas por médico. El incremento de 7.322 médicos debe obtenerse, prioritariamente, de especialistas que ejercen en los ambulatorios del INSALUD.
- 5- Incremento en 1.374 nuevos médicos del grupo de otras actividades, donde se incluyen diversos grupos profesionales, principalmente a expensas de las especialidad de Salud Pública.

Por lo tanto, se crearían nuevos empleos en odontología (aprox. 3.000), psiquiatría (aprox. 600), salud pública (aprox. 1.200), además de pequeños incrementos en servicios de diagnóstico, médicos de urgencia y pediatría (a menos que se modificara la edad pediátrica, en cuyo caso el aumento sería muy notable).

Entre los especialistas de hospitales, la cobertura externa de los nuevos empleos dependería de la absorción que de ellos hicieran los actuales especialistas extrahospitalarios del INSALUD y también de otros sectores públicos; en todo caso, puede pensarse que unos 3.000 puestos podrían quedar vacantes para nuevos médicos.

En total podría disponerse de un mínimo de 7.800 puestos de trabajo nuevos en el sector público, la mayor parte de los cuales se debería obtener no por incremento de las actuales plantillas del sector público sino por las vacantes que la aplicación de incompatibilidades dejarían, cambiando posteriormente el destino de las plazas vacantes. Sólo 1.300 puestos de trabajo del sector público serían de nueva creación, correspondiéndose a la ampliación de plantilla en dicho sector.

A partir de estas cifras, las necesidades en personal médico, vistas de forma estática como plantilla teórica del año 1983 y reflejadas en la tabla 4.15, registrarían unos incrementos anuales del orden de 2.000 puestos de trabajo, por "mortalidad" médica e incremento poblacional, que se repartirían según el porcentaje de cada categoría profesional.

Por otra parte, cabe considerar que la cobertura de puestos de trabajo en las especialidades que adquieren mayor incremento (odontólogos, psiquiatras, salud pública), no se podrá realizar de forma inmediata, sino que estará condicionada a la política que se adopte en la formación de postgrado.

En los hospitales del sector público, sumando los actuales recursos en camas (de agudos y larga estancia), obtenemos un total de 103.006 camas en funcionamiento y 13.045 en construcción (el 90% para agudos) lo que representa un índice de 3,05 camas por mil habitantes.

	CAMAS DE AGUDOS	CAMAS DE LARGA EST.	TOTAL	INDICE
camas en funcionamiento	86.209	16.797	103.006	2,71
camas en construcción	12.137	908	13.045	0,34
TOTAL	98.346	17.705	116.051	3,05

Para alcanzar el índice de 3,5 camas/1.000 habitantes que se propone en la plantilla teórica, aún faltarían 0,45 camas por mil habitantes. Si dichas camas se concertaran con el sector privado, las plazas que están previstas en la plantilla teórica para médicos, en función de un índice de 3,5 en el sector público, no se podrían cubrir. El porcentaje de plazas pendientes de cubrir de nuestra propuesta, se correspondería al porcentaje de las camas concertadas sobre las propias del sector público.

Un último condicionamiento de la cobertura de la plantilla teórica propuesta, vendría motivado por la permanencia de grupos de especialistas a nivel extrahospitalario. En este caso, las plazas que permanecieran a nivel extrahospitalario, deberían restarse del total de plazas hospitalarias previstas, con lo cual, de hecho, la cifra total probablemente no variaría, haciéndolo sólo la relación global entre los niveles asistenciales.

TABLA 4.15. ESTIMACION DE POSIBLES NECESIDADES DE MEDICOS EN EL SNS, SEGUN LAS HIPOTESIS QUE SE INDICAN APLICADAS A LA POBLACION DE 1983 (LAS HIPOTESIS SE EXPRESAN ENTRE PARENTESIS).

<u>Asistencia Primaria</u>	30.793 (42,8%)	
Médicos Generales (población > 7 a.- 1/2.000 hb)		16.242 (22,5%)
Pediatras (población < 7 a.- 1/1.500 hb)		3.732 (5,2%)
Médicos de urgencias (nº actual con incr. del 15% por ampl. de cob. pblac.)		2.311 (3,2%)
Médicos de servicios diagnóstico (" ")		2.167 (3,0%)
Tocólogos (" ")		681 (0,9%)
Psiquiatras (población total - 1/40.000 hb)		952 (1,3%)
Odontólogos-estomatólogos (población total - 1/10.000 hb)		3.808 (5,3%)
En formación (300 plazas/año - promedio de 3 años de especialización)		900 (1,2%)
<u>Asistencia Hospitalaria</u>	38.350 (53,2%)	
Especialistas (4 camas/médico - 3,5 camas totales/1.000 hb)		33.850 (47,0%)
En formación (1.500 plazas/año - promedio de 3 a. de especialización)		4.500 (6,2%)
<u>Otras actividades</u>	2.861 (4,0%)	
Salud Pública (epidem., administ., gest., insp.) (pobl. total 1/20.000 hb)		1.904 (2,6%)
Otros (forenses M. Justicia ...) (Nº actual con incr. del 15%)		957 (1,4%)
TOTAL	72.004 (100%)	MEDICOS

Nota: Si consideramos la población de 14 años para los médicos generales, los necesarios serían 14.158 y de 14 a. para los pediatras, los necesarios serían 6.509. Lo cual representa 700 médicos más del total calculado, o sea, un 1% de variación.

Fuente: Elaboración propia.

TERCERA PARTE.

SOBRE EL PROCESO DE FORMACION DEL PERSONAL MEDICO EN ESPAÑA.
ALGUNOS TEMAS MAS IMPORTANTES.

Capítulo 5

La reforma del sistema de formación pregraduada.

5.1. Consideraciones introductorias

En los capítulos anteriores nos hemos referido ya a algunos aspectos institucionales de la formación pre-graduada así como a la evolución y previsiones del número de estudiantes y de nuevos graduados en medicina.

En este capítulo vamos a centrarnos exclusivamente en los aspectos que hacen referencia a los principios, objetivos, contenidos y métodos que han de inspirar el sistema de formación en cuanto al sistema de transmisión de conocimientos y de adiestramiento profesional.

Desde esta perspectiva, es indudable que el sistema de formación del personal sanitario está necesitado de profundas reformas. Es una evidencia compartida ampliamente -podríamos decir unánimemente- tanto desde dentro como desde fuera del sistema sanitario, aunque, como es lógico, existen planteamientos diferentes en el diagnóstico de la situación y en las medidas que se proponen para ponerle remedio.

No se trata, por otra parte, de algo que refleje una situación específicamente española. Todos los países, aunque con peculiaridades y características propias en cada caso, se enfrentan igualmente a la grave y urgente necesidad de introducir profundos cambios en la formación de los profesionales responsables de la prestación de los servicios de salud.

La necesidad de reforma del sistema de formación afecta por igual, en sus problemas de fondo, a todo el personal sanitario y no sólo a los médicos. Por razones metodológicas, sin embargo, y aunque muchas de las ob-

servaciones que iremos enunciando sean igualmente aplicables a otros tipos de personal sanitario, aquí nos referiremos exclusivamente al sistema de formación del personal médico.

5.1.1. Problemas fundamentales en la reforma del sistema de formación del personal médico

Los problemas fundamentales con que hoy se enfrenta el sistema de formación del personal médico pueden ser sintetizados en los puntos siguientes.

En primer lugar, la necesidad de establecer mecanismos institucionales que, respetando la igualdad de derechos en el acceso a la educación, sean capaces de evitar una desviación significativa, por exceso o por defecto, entre el número de médicos que produce el sistema de formación y el número de médicos que requiere el sistema de prestación de servicios sanitarios en sus diferentes niveles.

La actual plétora de graduados y los consiguientes índices de paro y de subempleo que conlleva tienden a ser las referencias más utilizadas para ilustrar esta necesidad. Pero no se trata sólo de un problema numérico de graduados. La necesidad de mecanismos de ajuste entre oferta y demanda se refiere también a la formación postgraduada, al número de especialidades establecidas y a la proporción deseable de los efectivos de cada especialidad dentro del conjunto. Lo cual presupone, evidentemente, la definición de una política de especialidades en el marco de una política sanitaria global cuyas pro-

puestas sólo pueden ser racionalmente aceptables en la medida en que responden a las necesidades de la población y no de la profesión (1).

Esto nos lleva al segundo de los grandes problemas que hoy tiene planteados el sistema de formación del personal médico: la necesidad de superar la profunda y creciente discrepancia entre los supuestos -objetivos, contenidos, métodos- sobre los que sigue apoyándose el sistema de formación y los supuestos que se derivan de las nuevas dimensiones y de las nuevas exigencias de la práctica sanitaria.

Dicho de otro modo, la necesidad de que los médicos que producen las instituciones docentes se correspondan -no sólo en cuanto a su proporción numérica sino también en cuanto al tipo de conocimientos y de adiestramiento profesional- con los médicos que necesita la sociedad. Los grandes cambios que se han ido generando en la concepción de la salud-enfermedad están transformando muchos de los postulados de la práctica sanitaria, pero continúan sin tener una traducción significativa en el sistema de formación del personal médico.

La exigencia de que las instituciones docentes produzcan los tipos de profesionales que requiere la sociedad actual , tiene también su reflejo en el tercero de los grandes problemas de la reforma del sistema de formación: la necesidad de convertir la formación del

(1) "El hecho es que las escuelas médicas no saben cuántos especialistas de uno u otro tipo son necesarios (...) El producto de las escuelas médicas ha sido orientado para responder a las necesidades de la profesión más que a las necesidades de la población". R.H. Ebert, "The Medical School", Scientific American, sep. 1973, pg. 144.

personal médico en un proceso continuo en el que el pregrado y el postgrado no sean sino momentos privilegiados de un único proceso de aprendizaje que ha de continuar durante toda la vida del profesional.

Es obvio que esto no se logra sólo con la puesta en obra de instrumentos institucionales que hagan posible lo que se ha llamado formación continuada, en su triple dimensión de perfeccionamiento profesional, adquisición de nuevos conocimientos y procesos de reciclaje. Tales instrumentos son necesarios pero su eficacia será insignificante si no se produce una verdadera transformación en los objetivos mismos del proceso de aprendizaje: no sólo por la rapidez de las innovaciones en los conocimientos y en las tecnologías sino también por la pluralidad, diversidad y complejidad de los factores que pueden incidir en los problemas con los que el médico ha de enfrentarse en su ejercicio profesional, nunca como hoy se ha hecho necesario que el objeto de la formación sea aprender a aprender; es decir, que se base menos en el almacenamiento de saberes codificados y más en el desarrollo de actitudes y aptitudes científico-profesionales que fundamenten la capacidad personal de autoaprendizaje y de adquisición y elaboración crítica de informes y datos. Apenas es necesario observar que esta exigencia no es algo privativo de los médicos. Todas las profesiones, las sanitarias y las no sanitarias, se ven hoy igualmente afectadas por ella.

De estos problemas, el de mayor alcance y trascendencia, el que condiciona o determina las soluciones aplicables a los demás, es el que se refiere a la nece-

sidad de que el conjunto del sistema de formación ajuste sus postulados básicos -sus objetivos, sus contenidos y sus métodos- a las dimensiones con que hoy se plantea la práctica sanitaria en su sentido más amplio. A la exposición de los aspectos fundamentales de estas dimensiones de la práctica sanitaria dedicaremos el siguiente apartado de las consideraciones introductorias.

5.1.2. Las nuevas dimensiones de la práctica sanitaria como referencias necesarias del sistema de formación

A partir, sobre todo, de las dos últimas décadas, el sistema sanitario -organizado sobre una absoluta hegemonía de la tecnología y la medicina hospitalarias- ha sido sometido a una profunda revisión crítica, desde fuera y desde dentro del propio sistema, en prácticamente todos los países, sobre todo en los países más desarrollados. Y no sólo por motivos relacionados con el incremento de los costes y de las desigualdades en la prestación de los servicios sino también por las graves deficiencias demostradas en su capacidad de respuesta a las necesidades sanitarias de la población.

El informe de la Conferencia Internacional de Alma Ata, de septiembre de 1978, enfocaba así el problema (1):

(1) Alma Ata 1978. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. OMS, Ginebra, 1978, números 3 y 6.

"En todo el mundo cunde el desencanto acerca de la asistencia sanitaria, por razones que no son difíciles de discernir. Con los conocimientos técnicos de que hoy se dispone se podría alcanzar un estado de salud mejor que el actual, pero, por desgracia, en la mayor parte de los países esos conocimientos no se aplican en beneficio de la mayoría de la población. Los recursos de salud suelen asignarse principalmente a instituciones médicas de alto nivel establecidas en zonas urbanas. Aún dejando de lado la dudosa premisa social en que se basa ese proceder, la concentración de tecnología complicada y costosa en sectores limitados de la población no presenta siquiera la ventaja de mejorar la situación sanitaria. De hecho, se viene confundiendo ese mejoramiento con la prestación de asistencia médica a cargo de un número cada vez mayor de especialistas, que emplean tecnologías médicas muy específicas en beneficio de la minoría privilegiada. Las personas han pasado a ser casos sin personalidad, y se ha perdido el contacto entre quienes prestan asistencia médica y los que la reciben".

"En consecuencia, la mayoría de los sistemas tradicionales de atención de salud resultan cada vez más complejos y costosos y de dudosa eficacia social, deformados por las imposiciones de la tecnología médica y por los esfuerzos mal orientados de una industria que facilita a la sociedad bienes de consumo de carácter médico. Aún algunos de los países más prósperos han acabado por advertir la disparidad existente entre los elevados costos de la asistencia y los escasos beneficios para la salud que reportan esos sistemas".

No se trata, pues, únicamente de la necesidad de una racionalización del sistema sanitario en sus formas estructurales y organizativas sino también, mas radicalmente, de la necesidad de un replanteamiento de sus objetivos así como de los supuestos técnico-científicos, sociales, económicos, culturales, en que se fundamenta y legitima.

Tal necesidad, expresada reiteradamente en las propuestas de la OMS -entre las que cabría citar, por su resonancia, la de "salud para todos en el año 2.000"- está en el centro del pensamiento sanitario moderno y tiene su reflejo en el proceso de transformaciones que, en mayor o menor grado y con mayores o menores dificultades, están conociendo los sistemas sanitarios en todos los países. No podemos aquí, obviamente, dar cuenta detallada de este proceso y del debate sanitario que está en su base. Nos interesa únicamente resaltar algunos aspectos que son más significativos por sus implicaciones para el sistema de formación del personal médico.

Una nueva conceptualización de la salud-enfermedad

La crisis de los sistemas sanitarios tiene como transfondo fundamental el hecho de que, durante más de dos siglos, los servicios de atención médica han ido desarrollándose sobre una conceptualización insuficiente y parcial de la salud-enfermedad. En palabras de Thomas Mckeown: "La ciencia y los servicios médicos están mal orientados, y los recursos invertidos por la sociedad, mal utilizados, porque se fundamentan en un supuesto erróneo en relación con las bases de la salud humana. Se

asume que el cuerpo puede ser concebido como una máquina cuya protección frente a la enfermedad y sus efectos depende primariamente de la intervención interna. Este planteamiento ha conducido a la indiferencia frente a las influencias externas y frente a la conducta personal, que constituyen los factores predominantemente determinantes de la salud. Y ha tenido como resultado el relativo abandono de la mayoría de la población enferma cuya situación no requiere las medidas de intervención interna que constituyen el centro del interés médico" (1)

Históricamente, el origen de esta orientación en el desarrollo de los sistemas sanitarios hay que buscarlo en la aproximación técnico-científica establecida en el siglo XVII que concibe la biología y la medicina desde la perspectiva de una ingeniería basada en un modelo físico (2). De aquí la conceptualización de la salud como mera ausencia de enfermedad, y de la enfermedad, como "el análogo humano de los desarreglos de una máquina de combustión interna o de un reloj suizo" (3).

De aquí también el interés por los mecanismos de la enfermedad mucho más que por sus causas y el interés por la enfermedad como problema técnico mucho más que como problema humano.

(1) Th. Mckeown, The role of medicine, Basil Balckwell, Oxfort, 1979, Introducción, pg. XV-XVI.

(2) Th. Mckeown. The role of medicine, op. citada.

(3) K.L. White, "Life and Death and Medicine", Scientific American, Septiembre de 1973, pg. 25.

En la práctica, esto se ha traducido en una configuración del centro de interés de los sistemas sanitarios no sobre la promoción y mejora de la salud individual y colectiva sino sobre la lucha contra la enfermedad, convertida en entidad en sí misma -el enfermo pasa a ser meramente un "caso"-, analizable y tratable desde paradigmas científico-técnicos en los que no tienen cabida las variables personales, culturales, ambientales y sociales. Lo cual ha llevado, lógicamente, a una progresiva concentración de los recursos -económicos, tecnológicos, de formación, de investigación- en la medicina hospitalaria y, recíprocamente, a una progresiva desvalorización profesional y social de la medicina primaria.

Frente a esta conceptualización de la salud-enfermedad y como respuesta a la grave crisis a la que había llevado a los sistemas sanitarios, ha ido tomando cuerpo en el pensamiento sanitario moderno una conceptualización nueva cuyos rasgos más significativos pueden resumirse en los puntos siguientes:

- a) La salud no es, simplemente, la ausencia de enfermedad. Tiene un contenido positivo y dinámico que hace referencia al proceso por el cual los seres humanos van desarrollando sus potencialidades, desde el nacimiento hasta la muerte, en una relación constructiva, creadora y solidaria consigo mismos y con su medio social y ambiental. El acento en el contenido positivo del concepto de salud traduce y refuerza la creciente preocupación de la sociedad por la calidad de la vida y, consiguientemente, por los problemas ligados no sólo a la muerte sino también al sufrimiento,

a la incapacidad y a la dependencia. La razón de ser del sistema sanitario no está, pues, sólo en prevenir y curar las enfermedades o en evitar o distanciar la muerte, sino también en asistir, ayudar y aliviar las situaciones de sufrimiento, dependencia o incapacidad y, más radicalmente, en fomentar aquellas condiciones de vida que mejor conducen a la preservación y promoción de la salud, como componente esencial de la calidad de la vida.

- b) El concepto de enfermedad no puede reducirse al de un desarreglo "mecánico" de la máquina humana; el significado de "desarreglo", "desajuste", "desequilibrio", etc., implícito en el concepto de enfermedad, afecta siempre, de uno u otro modo, a la totalidad del ser humano aunque, en sus manifestaciones, puedan tener un peso relativo mayor o menor, según los casos, la dimensión biofisiológica, la dimensión psíquica o la dimensión relacional de la persona. "El concepto de enfermedad introducido hace siglo y medio sobre la base de una clasificación anatómica y clínica, puede estar desapareciendo. A medida que vamos sabiendo más sobre los sustratos genéticos y moleculares de la enfermedad y sobre la interacción de fuerzas que surgen de dentro y de fuera del individuo, más difícil se hace el poder clasificar la enfermedad en categorías discretas. La Clasificación Internacional de Enfermedades (...) clasifica y codifica causas de muerte más que categorías de enfermedad. Tiene una utilidad limitada para la asistencia hospitalaria

pero es completamente inadecuada para clasificar los problemas de salud asociados con la asistencia ambulatoria o con las enfermedades incapacitantes o limitadoras de la actividad" (1)

- c) Los factores de salud-enfermedad no son sólo biológicos, sino también psicológicos, sociales, económicos, culturales, ambientales. Tales factores no actúan por separado sino estrechamente interrelacionados y, por ello, la salud-enfermedad es, a la vez, un fenómeno somático y psíquico, individual y social, cuya significación concreta para la vida humana puede variar en función no sólo de parámetros científicos y técnicos sino también de variables históricas, sociales, culturales.
- d) El acceso a los servicios de atención a la salud constituye un derecho humano fundamental que la sociedad ha de garantizar. Por otra parte, y como correlato necesario, "el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud" (Declaración de Alma Ata), ya que la salud es una responsabilidad de los individuos y de la comunidad y no sólo de los profesionales o del sistema sanitario.

(1) K.L. White, "Life and Death and Medicine", Scientific American, sept. 1973, pg. 27

Recursos sanitarios y necesidades de la población

Las transformaciones del sistema sanitario que, en mayor o menor medida, se están produciendo en todos los países, tienen como transfondo y como horizonte, los contenidos de esta nueva conceptualización de la salud-enfermedad. Entre sus consecuencias más importantes y de mayores implicaciones para el sistema de formación del personal médico, podemos señalar las siguientes:

- a) Importancia creciente de la salud pública como elemento integrante de los servicios de salud. Es verdad que la acción sanitaria sobre el medio ambiental y social compromete también a otros sectores de la actividad económica y no sólo al sector sanitario. Pero no cabe duda de que, en esta responsabilidad compartida, la función del sistema sanitario es, desde el punto de vista institucional y profesional, una función clave. La antigua dicotomía entre higiene pública y asistencia sanitaria o entre medicina preventiva y medicina curativa carece de sentido. La responsabilidad del sistema sanitario sobre la salud de los individuos es inseparable de su responsabilidad sobre la salud de la comunidad.
- b) Importancia creciente de las funciones de información, educación y ayuda como base y como instrumento fundamental de la promoción de la salud y de la atención al enfermo. La responsabilidad del sistema sanitario sobre la salud de los individuos y de la comunidad es, en realidad, subsidiaria de la responsabilidad que la comunidad y los individuos mantienen sobre su propia salud. Ayudarles a identificar y, en

lo posible, a resolver o contener sus problemas sanitarios individuales o colectivos se convierte, de este modo, en una de las funciones más importantes de los servicios de salud.

Esto se traduce, en el orden comunitario, en la necesidad de actuaciones dirigidas tanto a informar sobre los problemas de salud de la comunidad como a incidir sobre los comportamientos y los hábitos sociales en la dirección más apropiada a la preservación y promoción de la salud. Y, en el orden individual, en la necesidad de complementar las eventuales medidas terapéuticas o aliviadoras, con medidas que ayuden al enfermo y a su familia a entender, a asumir y a manejar su problema de salud de tal modo que pueda mantener el máximo de capacidad y de autonomía dentro de los límites que permite la enfermedad.

- c) Reconocimiento práctico, cada vez más asumido en el mundo sanitario, del peso que los factores psicosociales y culturales tienen en todos los problemas de salud-enfermedad, como posibles factores etiológicos y como determinantes de la percepción-valoración de la enfermedad y del hecho de sentirse enfermo.

La propia práctica sanitaria ha ido corroborando e imponiendo esta evidencia. El conocimiento de las variables que definen el marco psicosocial y cultural del enfermo se ha revelado como un elemento imprescindible incluso en el tratamiento de las enfermedades biofisiológicas. Precisamente por no tener en cuenta estas variables, con frecuencia la aplicación eficaz de un paradigma curativo, aunque resuelva una

patología determinada, no soluciona el problema de salud de una persona e incluso puede originar o potenciar otras patologías.

- d) Necesidad de un planteamiento racionalizador de los servicios de salud en el que, dentro de los límites de los recursos disponibles, las prioridades vengan determinadas en función de las necesidades del conjunto de la población y en función de la capacidad y de la eficiencia de los servicios para responder a dichas necesidades.

Los costes de los servicios sanitarios han llegado a alcanzar proporciones muy significativas del PNB en todos los países. Y esto ha llevado inevitablemente a plantear problemas de disponibilidad de recursos, de prioridades, de rentabilidad, y a introducir criterios económicos y de racionalización organizativa y de gestión en los servicios sanitarios. Utilizar los recursos disponibles de un modo efectivo y eficiente es, cada vez más, una exigencia que afecta no sólo a los administradores del sistema sanitario sino a todos los profesionales que intervienen en sus diferentes niveles y que, hasta ahora, no se han preocupado demasiado de estas cuestiones ni han sido entrenados en absoluto en relación con ellas (1).

Pero no basta la utilización efectiva y eficiente de los recursos sanitarios. Es necesario también que la racionalidad coste-beneficio tenga como marco un

(1) Esta es la idea central del conocido estudio del profesor Corhrane, Effectiveness and Efficiency.

sistema de prioridades que refleje las necesidades del conjunto de la población.

Hasta ahora, el sistema sanitario ha orientado sus recursos y su desarrollo de manera absolutamente mayoritaria hacia la investigación científica y tecnológica relacionada con el tratamiento de las enfermedades agudas y de las situaciones que pueden significar una amenaza para la vida, pero ha olvidado casi completamente las patologías más corrientes y las situaciones que son causa frecuente de sufrimiento, dependencia e incapacidad para una proporción muy importante de la población. Ha invertido muchos recursos para hacer posible una intensa investigación biomédica y tecnológica que ha logrado resolver problemas difíciles y complicados, pero no ha dedicado prácticamente ningún recurso importante a dar una respuesta significativamente apreciable al conjunto de enfermedades crónicas y sociales que son precisamente las enfermedades predominantes en las sociedades económicamente avanzadas (2).

Desde la perspectiva de la conceptualización de la salud y la enfermedad a que antes nos hemos referido, la efectividad y la eficiencia del sistema sanitario no puede medirse sólo por su capacidad para la investigación y el tratamiento de la patología difícil sino también, y sobre todo, por su capacidad para

(2) K.L. White, "Life and Death and Medicines", Scientific American, sept. 1973, pg. 23.

identificar, analizar y tratar los problemas de salud que tienen mayor impacto en la calidad de la vida de la generalidad de la población.

- e) Importancia creciente de la atención primaria de salud. Es una de las consecuencias más importantes y significativas de la nueva conceptualización de la salud-enfermedad. La posibilidad de un sistema de servicios de salud capaz de responder de un modo equitativo, efectivo, y eficiente, a las necesidades sanitarias del conjunto de la población pasa necesariamente por unos servicios de atención primaria constituidos en base y en núcleo central del sistema (1).

No obstante las resistencias que siguen manifestándose cuando se trata de asumir este principio en sus consecuencias prácticas (2), la revalorización de la atención primaria en todas sus dimensiones -asistenciales, de preservación y promoción de la salud,

(1) Esta es la idea fundamental de la Conferencia Internacional de Alma Ata y de otros documentos posteriores de la OMS. Para una profundización doctrinal pueden verse, entre otros, los informes del GAPS, del Colegio de Médicos de Barcelona, El metge de capçalera en un nou sistema sanitari, Laia, Barcelona, 1979 (hay traducción castellana en Editorial Fontanella: El médico de cabecera en un nuevo sistema sanitario) y El centre de salut integrat, base d'un nou sistema sanitari, Laia, Barcelona, 1981.

(2) Ya la Conferencia de Alma Ata deja constancia de estas previsibles resistencias: "Es fácil advertir que la aplicación apropiada de la atención primaria de salud tendrá consecuencias de vasto alcance, no sólo en todo sector de la salud sino también en otros sectores sociales y económicos, en el plano de la comunidad (...) Es de prever cierta resistencia a esos cambios. Así, es muy posible que la introducción de una distribución más equitativa de los recursos de salud tropiece con la resistencia de grupos de presión políticos y profesionales, y que el empleo de una tecnología apropiada suscite oposición por parte de las industrias médicas" (Informe, nº 15).

de investigación y docencia- como camino por el que pasa necesariamente la posibilidad de sacar al sistema sanitario del callejón sin salida a que le ha conducido su exacerbado hospitalocentrismo, puede ya considerarse como un dato adquirido en el pensamiento sanitario mundial.

Y esto no sólo porque es en el nivel de la atención primaria donde se plantea la inmensa mayoría de los problemas de salud sino también porque únicamente una atención primaria adecuada puede liberar al hospital de una demanda impropia que multiplica innecesariamente sus problemas de funcionamiento y sus costes económicos y le impide cumplir correctamente sus funciones específicas dentro del sistema sanitario.

5.2. Situación actual

Las nuevas dimensiones de la práctica sanitaria a que nos hemos referido en las consideraciones introductorias presuponen un tipo de formación médica que el actual sistema es incapaz de proporcionar. Y no sólo por eventuales problemas de masificación, de degradación o de mal funcionamiento. Esta incapacidad viene dada, más radicalmente, por los mismos principios, objetivos y contenidos sobre los que se fundamenta y organiza como sistema de transmisión de conocimientos y de adiestramiento profesional.

De aquí, inevitablemente, el distanciamiento y la discrepancia crecientes entre el mundo de la práctica médica y el mundo de la enseñanza de la medicina, que han sido puestos en evidencia, desde las más diversas fuentes, como uno de los problemas fundamentales con que se enfrenta el sistema sanitario. En palabras del profesor Belmonte: "Pese a los progresos científicos logrados en biomedicina y al drástico cambio que ha tenido lugar en la percepción social del concepto de salud, los esquemas de entrenamiento del personal sanitario en nuestro país se han mantenido prácticamente inmodificados durante los últimos cincuenta años. Ello hace que el modelo de médico que produce la universidad española esté cada día más lejos del que demanda una sociedad en continuo progreso" (1).

(1) C. Belmonte, "La Universidad y la salud: el modelo de la Universidad de Alicante", en La reforma educativa a les facultats de medicina, IES; Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1984, pg. 33.

En la raíz de las deficiencias e incapacidades del actual sistema de formación de los licenciados en medicina, dos son los aspectos fundamentales a destacar.

Primero, el hecho de que su centro de interés teórico y práctico -en relación con la transmisión de conocimientos y en relación con el adiestramiento profesional- sigue siendo la enfermedad conceptualizada como un desarreglo mecánico del organismo humano en cuyo análisis y tratamiento las variables psicosociales, culturales y ambientales carecen de relevancia significativa.

Segundo, su polarización en un tipo de práctica profesional cuyas características y cuyas exigencias tienden a corresponder al tipo de asistencia médica que se realiza en las instituciones hospitalarias de tercer nivel. La formación pregraduada está actualmente, desde este punto de vista, totalmente dominada por el hospital. Se imparte sólo para el hospital y sólo por especialistas de hospital. "La formación actual de médicos en lo referente a la enseñanza clínica está ligada a la disponibilidad de 'camas docentes' en hospitales terciarios y a un curriculum orientado a la formación de especialistas" (1).

No es de extrañar, por ello, que los alumnos perciban el curriculum del pregrado como una simple preparación para el examen MIR (2).

(1) A. Gallego, "La situación actual de la enseñanza de la medicina en España", en La reforma educativa a les facultats de medicina, citado, pg. 24.

(2) Cfr. La reforma educativa a les facultats de medicina, IES, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1984, pg. 60.

Suele señalarse, a este propósito, que uno de los aspectos más negativos del sistema de formación pregraduada está en la no disponibilidad, para propósitos docentes, de todo tipo de instituciones asistenciales y sanitarias, aparte del hospital terciario. Esto es verdad, pero también lo es que, mientras se mantengan los supuestos teóricos y prácticos del actual sistema de formación, no se necesitan para nada otras instituciones que no sean los hospitales terciarios, puesto que son ellos los únicos que pueden proporcionar a este sistema educativo los elementos que son coherentes con sus postulados y sus objetivos reales.

En resumen, a las deficiencias de una aproximación mecanicista a la enfermedad como base teórico-práctica de la formación, se añade el hecho de que la referencia determinante y prácticamente exclusiva en que se materializa esta conceptualización de la enfermedad es la típica patología del hospital terciario: enfermedades agudas, de baja prevalencia, que suelen suponer una seria amenaza para la vida del paciente y cuyo diagnóstico y tratamiento se apoya en una tecnología que se hace progresivamente más sofisticada y más costosa.

De este modo, la formación pregraduada se convierte en un sistema de transmisión de conocimientos y de adiestramiento profesional en el que:

- a) Se marginan los factores psicológicos, sociales y ambientales de la salud-enfermedad.
- b) Se privilegia de modo prácticamente exclusivo la función curativa ignorando la importancia de las medidas

orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

- c) Se configura la función asistencial del médico como una función restringida a las fases más activas de la enfermedad, potenciando la tendencia al desinterés por las fases menos activas en las que el diagnóstico-tratamiento, como medidas de atención al enfermo, pierden importancia respecto a otro tipo de cuidados: curas, rehabilitación, reinserción, seguimiento de crónicos, asistencia al moribundo, etc.
- d) Se pone mucho énfasis en los problemas difíciles y complicados y muy poco o ninguno en las patologías más corrientes y en los problemas que, de hecho, afectan en mayor proporción y con mayor frecuencia a la generalidad de la población.
- e) Se transmite una imagen que identifica la medicina -paradigmáticamente simbolizada por la medicina de agudos- con la utilización de una tecnología sofisticada, desvalorizando implícitamente todo otro tipo de atención médica que no requiera la utilización de medios técnicos complejos.

Es, en síntesis, un sistema de formación que acusa graves deficiencias en la conceptualización de los problemas de la salud humana y en el que las necesidades y los problemas de la atención primaria no sólo quedan absolutamente olvidados sino privados de todo prestigio y de todo atractivo como objeto del ejercicio profesio-

nal (1). Un sistema que, por lo tanto, produce profesionales en perfecta falta de correspondencia con las necesidades sanitarias de la población.

El médico "recibe su entrenamiento en los hospitales docentes (...) cuyo enfoque se centra básicamente en las enfermedades episódicas y agudas que son normalmente graves y que pueden ser curadas o efectivamente paliadas. Esta exposición limitada de los jóvenes médicos y de sus maestros a la gran diversidad de problemas ordinarios y complejos de salud generada por la población en general, así como su intensa preocupación únicamente dirigida a aquellos pacientes que son seleccionados para obtener asistencia en los hospitales docentes, dejan enormes vacíos cuantitativos y cualitativos en su experiencia e inevitablemente condicionan sus puntos de vista en relación con las funciones de la medicina actual. Las dimensiones del problema pueden ser ilustradas considerando la distribución de la demanda de atención médica (...). La inmensa mayor parte de la atención médica es prestada en contextos ambulatorios. Sólo un 10 por ciento de la población es admitida al hospital y únicamente un 1 por ciento recibe cuidados en los hospitales docentes en que el joven médico es entrenado" (2).

(1) Actualmente "cualquier estudiante se da perfectamente cuenta de que el progreso, la investigación, el trabajo serio y responsable, el prestigio profesional y social, la vida y el futuro, en suma, pasan de largo de la asistencia primaria". J. Gol, en la introducción al informe del GAPS, El metge de capçalera en un nou sistema sanitari, Laia, Barcelona, 1979, pg. 18.

(2) K.L. White, "Life and Death and Medicine", Scientific American, sept. 1973, pg. 29.

Poco importa que estas cifras puedan variar ligeramente de un país a otro. En cualquier caso, la cita anterior resume e ilustra muy elocuentemente las graves deficiencias del actual sistema de formación pregraduada por lo que se refiere a los principios, objetivos y contenidos sobre los que se fundamenta y se estructura.

Hay otro aspecto muy importante al que debemos también referirnos aunque sea brevemente: la organización del curriculum y la metodología docente. Las críticas que se han hecho al actual sistema de formación pregraduada desde este punto de vista, pueden sintetizarse en los siguientes puntos.

Por una parte, su tendencia excesiva al fraccionamiento y a la parcelación de las disciplinas, construidas como compartimentos estancos. Esta tendencia encuentra su explicación en la ausencia de unos objetivos específicos claros y claramente definidos, tanto en relación con cada área de conocimientos como en relación con el conjunto del proceso formativo. La organización de la enseñanza por "asignaturas", a la vez que favorece y refuerza la desconexión entre los diferentes niveles, materias y temas del curriculum, crea serias dificultades para la incorporación de nuevos saberes (procedentes de las ciencias sociales, de las ciencias del comportamiento, de la bioestadística y la epidemiología, o de cualquier otra ciencia) que, en esta lógica organizativa, se convierten automáticamente en nuevas "asignaturas", con la consiguiente sobrecarga del curriculum.

En segundo lugar, su tendencia a acentuar de modo prácticamente exclusivo los aspectos memorísticos del aprendizaje, descuidando gravemente los que desarrollan positiva y participativamente las capacidades de raciocinio y de decisión práctica del futuro profesional.

La formación actual, más que a enseñar y a capacitar al alumno para la evaluación de las situaciones y la solución de los problemas, tiende a saturar su memoria mediante el almacenamiento y la acumulación acrítica de conceptos y datos, no siempre organizados en un conjunto organizado en función de unos objetivos precisos. Más que a desvelar y desarrollar en el estudiante las actitudes y aptitudes que estimulan su capacidad para recoger, elaborar y evaluar la información, sobre la base de un sólido aprendizaje de la metodología científica, tiende objetivamente a potenciar, como meta del proceso de formación, la aceptación pasiva de los conocimientos codificados que se transmiten.

5.3. Hacia una reorientación de la formación pregraduada.

Son muchos los países en los que la conciencia de una urgente y grave necesidad de reorientación de la formación médica pregraduada se ha ido traduciendo en unos u otro tipos de medidas concretas.

En algunos casos se ha tratado únicamente de medidas correctoras. Medidas más o menos tímidas -introducción de los temas de la atención primaria a través de alguna asignatura o algún departamento nuevos, estableciendo de algún tiempo de prácticas en instituciones asistenciales extrahospitalarias, etc.- cuyos efectos positivos son innegables pero que han dejado las cosas substancialmente como estaban por lo que se refiere a la orientación de los objetivos docentes hacia la atención y la especialización hospitalarias.

En otros casos, en cambio, los planteamientos han sido más radicales y más acordes con la que hoy es, al menos a nivel de los enunciados teóricos, una idea unánimemente asumida en el pensamiento sanitario mundial: la importancia central de la atención primaria de salud, como campo de solución de la inmensa mayoría de los problemas de salud de la población y como base y fundamento del sistema sanitario. En esta dirección pueden citarse, entre muchas otras, las experiencias docentes de Maastricht en Holanda; McMaster en Hamilton, Canadá; Beersheva en Israel; Newcastle en Australia; Kuopio en Finlandia; Xoximilco en México; las nuevas escuelas de

medicina de Southampton y Nottingham en Gran Bretaña (1). Por lo que se refiere a España, la experiencia de mayor interés se está realizando en la Facultad de Medicina de Alicante (2).

Tres rasgos merecen ser subrayados en relación con estas experiencias. En primer lugar, su planteamiento como propuestas de reorientación profunda y global de los objetivos, de los contenidos y de los métodos docentes, en un intento de producir el tipo de profesionales de la medicina que viene exigido por la estructura real de las necesidades sanitarias de la población y por el desarrollo de los servicios y de las ciencias de la salud.

En segundo lugar, la preocupación por aproximar el sistema docente a la realidad sanitaria circundante, de tal modo que las referencias sobre las que se materializa la organización del curriculum vengan determinados no por las necesidades de salud en abstracto sino por las necesidades específicas del ámbito poblacional en el que la institución docente desarrolla sus actividades.

(1) Para una información general sobre éstas y otras experiencias, pueden verse: F.M. Katz y T. Fülöp, Formación de personal de salud. Ejemplos de nuevos programas docentes, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978 (volumen 1) y 1980 (vol.2); G. Ström y H.J. Walton (Editores), Innovations in medical education, suplemento de Medical Education, 12, 1978; H.J. Walton, "The place of primary health care in medical education in the United Kingdom: a survey", Medical Education, 17, 1983.

(2) Una sucinta descripción del proyecto en que se basa esta experiencia: C. Belmonte, "La Universidad y la salud: el modelo de la Universidad de Alicante", en La reforma educativa a les facultats de medicina, Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1984.

En tercer lugar, la incorporación, como parte de la propia experiencia, de procesos y mecanismos de evaluación del sistema docente, asegurando así la posibilidad de verificación y de ajuste constantes -en función tanto de los objetivos propuestos como de los resultados obtenidos- de las diferentes medidas concretas a través de las cuales se va materializando la instrumentación práctica del sistema.

El camino que marcan estas experiencias renovadoras es, a nuestro entender, el único capaz de proporcionar una respuesta adecuada a la necesidad de reorientar la formación médica en función de las genuinas exigencias de la práctica sanitaria. Naturalmente, este camino puede seguir pautas concretas muy diferentes de puesta en práctica -en cuanto a las estrategias y tácticas de la reforma y en cuanto a la materialización organizativa del curriculum- según las circunstancias específicas de cada país y de cada área geográfica.

No tendría, por ello, sentido que aquí intentásemos referirnos a medidas concretas o a proyectos organizativos detallados. Manteniéndonos en el nivel de planteamientos generales en que se sitúa el estudio, lo que nuestra exposición intentará es definir y sistematizar las líneas básicas en que cualquier proyecto concreto de reorientación de la formación médica pregraduada habría de inspirarse.

5.3.1. El rol de la formación pregraduada en el conjunto del sistema de formación

So pena de condenarse a la pura arbitrariedad, no se puede plantear el problema de los contenidos docentes de la formación pregraduada si no se han definido previamente los objetivos que se persiguen en este nivel de la formación médica. Pero para poder definir estos objetivos, debemos plantear la formación pregraduada no como un sistema aislado y autosuficiente sino como elemento integrante de un sistema más amplio en el que la formación pregraduada se articula con la formación postgraduada y con la formación continuada para formar el conjunto del proceso de aprendizaje profesional como un proceso continuo y coherente.

La pregunta correcta es, pues: ¿qué objetivos debe cubrir la formación pregraduada en el marco global del sistema de formación médica? ¿Cuáles son las funciones específicas de la formación pregraduada en relación con las funciones de la formación postgraduada y de la formación continuada?

Para responder a esta pregunta, debemos tener en cuenta un conjunto de factores que pueden ser sistematizados en torno a los tres siguientes grupos de temas: creciente diversificación funcional de la profesión médica; necesidad de una base común de conocimientos-habilidades-actitudes; papel central de la atención primaria de salud.

Creciente diversificación funcional de la profesión médica

La profesión médica es una profesión altamente diferenciada por lo que se refiere a sus funciones prácticas: no sólo son diferentes los campos en que el médico ejerce sus tareas dentro del mundo de la sanidad (diferentes variedades y niveles de la medicina hospitalaria y extrahospitalaria, docencia, investigación en diversas áreas relacionadas con la sanidad, medicina preventiva, salud pública, administración sanitaria, etc.) sino que, además, cada uno de estos campos implica y genera tipos específicos de funciones-tareas que se traducen en otras tantas formas diferenciadas de la praxis profesional.

El proceso de progresiva diversificación de tareas-funciones, como definidoras de la práctica profesional concreta, es un proceso normal en todas las profesiones. La profesión médica está entre las que han conocido este proceso con mayor intensidad y, sobre todo, con mayor aceleración en las últimas décadas, por la confluencia de varios factores interrelacionados: la generalización y la enorme diversificación institucional y funcional de los servicios sanitarios; el extraordinario desarrollo de las ciencias biomédicas; la incorporación de nuevas ciencias básicas como resultado de una más rigurosa conceptualización de la salud y la enfermedad; la traducción de los desarrollos científicos en un amplio conjunto de tecnologías muy variadas.

Muchos problemas de la formación y de la práctica médica siguen planteándose incorrectamente por no tener en cuenta este proceso de diversificación profesional. Se habla y se discute, por ejemplo, de lo que constituye la "esencia" o la "función estricta" del médico como si existiera un paradigma profesional homogéneo y único. Surgen así las falsas polémicas sobre si la "esencia" de la función del médico es "curar las enfermedades" o "cuidar a los enfermos", o sobre si la medicina curativa es una responsabilidad más propia del médico que la medicina preventiva y la promoción de la salud, o sobre si el saber que define específicamente al médico es el saber clínico como contrapuesto al saber epidemiológico, etc.

Frente a la idea de la profesión médica como una realidad metafísica, subyacente en estas y otras falsas polémicas, cualquier profesión, como realidad histórica, se define ante todo por una práctica profesional. No tiene, pues, mucho sentido discutir de las "funciones esenciales" del médico cuando la práctica profesional médica es tan diversificada y, desde el punto de vista de las funciones-tareas concretas, tan heterógena.

Si nos referimos a cada profesional por separado, la prioridad de unas u otras funciones depende enteramente de su concreta ubicación funcional y estructural dentro del sistema de servicios de salud. Y si nos referimos al sistema de servicios de salud en su conjunto, tan esencial es la función de "curar" como la de "cuidar", la medicina preventiva como la medicina curativa, el saber clínico como el saber epidemiológico.

Existe, en resumen, una amplia variedad de funciones-tareas que configuran las diferentes prácticas concretas de la profesión médica y que sólo adquieren todo su sentido en el marco global del sistema de salud, como partes integrantes del mismo. Es a esta variedad históricamente cambiante de funciones-tareas, y no a pretendidas "esencias", a la que ha de responder el sistema de formación médica en su conjunto.

Necesidad de una formación básica común

Es difícil concebir hoy un campo específico de la práctica médica que no requiera un bagaje de formación especializada. Pero es difícil también concebir un funcionamiento racional y eficiente del sistema de salud si el ejercicio de las funciones médicas diferenciadas no se fundamenta en una base común de formación. Es justamente la intensidad del proceso de diferenciación de funciones prácticas dentro de la profesión médica y el hecho de que cada campo específico de actividad exige una formación adicional específica, lo que confiere cada vez mayor importancia a esta formación básica común.

Queda así claramente perfilado el rol de la formación pregraduada en el conjunto de la formación médica: si la respuesta a las exigencias de formación especializada de cada campo de actividad corresponde a la formación postgraduada y, en parte, a la formación continuada (nuevos conocimientos, nuevas tecnologías, reciclaje), la respuesta a las exigencias de la base común de formación corresponde a la formación pregraduada.

La formación pregraduada debe ser, en consecuencia, el proceso de aprendizaje que fundamenta científica y profesionalmente las especialidades posteriores a la vez que da coherencia, como expresión de funciones integradas en un todo único, a la variedad de tareas-funciones en que se materializa el ejercicio de la profesión médica, evitando que esta diferenciación de tareas-funciones haga perder de vista el carácter unitario y global de la salud-enfermedad.

Hasta ahora el pregrado no ha sido sino preparación para un postgrado en el que la única salida lógica era la especialización hospitalaria. Para cumplir adecuadamente las funciones que corresponden a su rol específico en el conjunto del proceso de la formación médica, la formación pregraduada debe proporcionar una base suficiente no sólo para todos los campos de posible especialización médico-sanitaria postgraduada sino también para el proceso posterior de la formación continuada.

En resumen, la misión específica de la formación pregraduada es la de proporcionar el conjunto de saberes, competencias, habilidades y actitudes que constituyen la base imprescindible de la práctica médica sea cual sea el campo de especialización en el postgrado y sea cual sea el campo concreto de tareas-funciones en el ejercicio profesional.

Para poder cumplir esta misión, los contenidos y métodos docentes de la formación pregraduada -que más adelante explicitaremos con mayor detalle- deben cubrir de modo irrenunciable los siguientes objetivos.

- a) Desarrollar la capacidad de aproximación científica al fenómeno salud-enfermedad en sus mecanismos y causas generales y en sus expresiones problemáticas concretas más frecuente, desde una perspectiva unitaria y global, es decir, como fenómeno a la vez somático psíquico, individual y social.
- b) Desarrollar orientándola a la solución de problemas concretos, la capacidad de evaluación y de crítica tanto de la información necesaria para tomar decisiones como de la relación entre las medidas adoptadas, los recursos empleados y los resultados obtenidos.
- c) Desarrollar, la capacidad de autoaprendizaje -es decir, de aprendizaje autodirigido- entendido como la capacidad autónoma para buscar, analizar y evaluar críticamente informaciones y datos, en respuesta tanto a la necesidad de tomar decisiones frente a problemas nuevos como a la necesidad de mantenerse al día en relación con los progresos y cambios que se van produciendo en el campo teórico y práctico del ejercicio profesional.
- d) Proporcionar pautas apropiadas de rol profesional cuyas referencias signifiquen una valoración positiva de la amplia gama de funciones prácticas del médico -y no sólo de la especialización hospitalaria- así como del trabajo en equipo y de la exigencia de integrar la actividad médica en marcos de acción interdisciplinar e intersectorial.

Papel central de la atención primaria de salud

Es ya un postulado comunmente asumido el que la formación pregraduada debe orientarse fundamentalmente a los problemas de la atención primaria de salud (1). Pero esto no ha de ser interpretado en el sentido de que su misión es la de formar médicos generalistas, o de que la formación pregraduada es la formación necesaria y suficiente para los profesionales de la atención primaria.

No debe haber equívocos a este respecto. La formación pregraduada debe proporcionar las bases necesarias para cualquier especialización y para cualquier tipo de práctica médica, sea en el campo de la atención primaria sea en el campo de la atención hospitalaria, dejando para la formación postgraduada los problemas más específicos de cada campo. Y, por otra parte, las diversas funciones prácticas en que se materializa el ejercicio profesional en el campo de la atención primaria, sean o no asistenciales, exigen, igual que cualquier otra especialidad, un período de formación específica después de la formación pregraduada.

Que la formación pregraduada tenga como centro básico de interés la atención primaria de salud significa que es el campo general de los problemas de la atención primaria el que ha de constituir, básica y prioritariamente, el marco de referencia específico de sus

(1) Cfr., entre otros, F.M. Katz y T. Fülöp, Formación de personal de salud. Ejemplos de nuevos programas docentes, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978 (volumen 1) y 1980 (vol. 2); H.J. Walton, "The place of primary health care in medical education in the United Kingdom: a survey", Medical Education, 17, 1983; La reforma educativa a les facultats de medicina, Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1984.

objetivos y contenidos docentes. Y esto por dos razones fundamentales.

En primer lugar, porque la atención primaria en su acepción más amplia (asistencial, preventiva, de promoción de la salud, salud pública, etc.) no sólo es el problema central de los sistemas sanitarios hoy y para el futuro, sino que constituye la base de cualquier sistema racional de servicios de salud. Es, pues, lógico que sea también el problema central y la base de cualquier sistema racional de formación del personal sanitario y, en nuestro caso, del personal médico.

En segundo lugar, porque sólo desde las referencias que proporcionan los problemas de la atención primaria es posible instrumentar racionalmente los objetivos específicos de la formación pregraduada, tanto en sus dimensiones teóricas y de transmisión de conocimientos como en sus dimensiones prácticas de adiestramiento en la adquisición de competencias, habilidades y actitudes que constituyen el fundamento de la práctica médica en cualquiera de sus formas (1).

Para concluir estas reflexiones sobre el rol de la formación pregraduada en el conjunto del sistema de la formación médica, una breve alusión al problema que

(1) Van acumulándose ya diferentes evidencias empíricas que sugieren que una formación pregraduada orientada a la atención primaria de salud prepara mejor para las diferentes especialidades del postgrado que la formación pregraduada tradicional. Cfr., entre otros, Ch.A. Woodward y B.M. Ferrier, "The content of the medical curriculum at McMaster University: graduates' evaluation of their preparation for postgraduate training", Medical Education, 17, 1983; M. West, S.P. Mennin, A. Kaufman y W. Galey, "Medical students' attitudes toward basic sciences: influence of a primary care curriculum", Medical Education, 16, 1982.

plantean las competencias que habrían de ser atribuibles a los que acaban de licenciarse en medicina, por lo que se refiere al ejercicio legal de la profesión médica. Evidentemente, la lógica misma de la formación pregraduada, tal como aquí la concebimos, exige, como requisito previo al ejercicio pleno, es decir, no supervisado de la profesión, una formación adicional centrada en la problemática específica del campo concreto en el que el ejercicio profesional vaya a realizarse.

En todo caso, no es un problema nuevo que venga originado por la necesaria reorientación de la formación pregraduada, puesto que está ya planteado en toda su crudeza con el sistema actual de formación: "Tampoco existe adecuación entre las realidades docentes y las legales, con lo cual queremos decir que la capacidad legal de ejercicio en el momento de obtener la licenciatura está muy lejos de los conocimientos reales del que acaba de licenciarse. El problema es que tampoco están definidas las tareas que habría de comportar la obtención de la licenciatura, es decir, no está definido lo que se espera de la actuación profesional de los nuevos licenciados" (1).

5.3.2. Saberes, competencias, habilidades y actitudes

La traducción de los objetivos de la formación pregraduada en contenidos docentes concretos no necesariamente ha de resultar en un curriculum idéntico en todas partes. Si, como hemos dicho anteriormente, el

(1) La reforma educativa a les facultats de medicina, IES, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1984, pg. 60.

sistema docente ha de tener como una de sus mayores preocupaciones la constante aproximación a la realidad sanitaria circundante, es lógico que, dentro de unas líneas básicas comunes, se generen pautas específicas de curriculum en función de las características propias del área geográfica en la que se sitúa el ámbito de actuación de cada escuela o facultad de medicina.

Esto supuesto, cualquiera que sea el diseño concreto del curriculum de la formación pregraduada, sus contenidos docentes deben garantizar la adquisición de un conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes, cuyos elementos y aspectos más significativos pueden ser resumidos en los puntos siguientes.

1. Un conocimiento científico no sólo del proceso patológico de la enfermedad sino también del proceso normal de la salud, no sólo de los mecanismos y efectos biofisiológicos de la enfermedad sino también de sus mecanismos y efectos psicosociales, no sólo de los factores -físicos, psicológicos, sociales, económicos, ambientales, etc.- que inciden negativamente en la salud humana sino también de los que inciden positivamente en su conservación y promoción.

Esto supone la incorporación, en el curriculum médico, de nuevas ciencias básicas: bioestadística, epidemiología, sociología y economía sanitarias, ciencias de la conducta; pero no basta con la incorporación de las nuevas a las viejas ciencias básicas. Es necesario, y esto es más difícil, que las aportaciones de todas ellas se coordinen e integren para formar un conjunto articulado y coherente capaz de

proporcionar las bases científicas necesarias para la comprensión de la salud-enfermedad, en sus mecanismos y en sus causas generales, desde un planteamiento unitario y global, como fenómeno a la vez somático y psíquico, individual y colectivo, ambiental y económico, personal y social.

En concreto, y para referirnos únicamente a las aportaciones de las ciencias de la conducta y de las ciencias sociales, la formación pregraduada debe proporcionar, entre otros elementos, el conocimiento científico de las bases psicosociales de la relación médico-enfermo, de la distribución de los factores de riesgo en función de las variables más significativas (clase social, ocupación, sexo, edad, formas de vida, etc.), de los factores -de la conducta, ambientales, sociales- de mayor incidencia en la dinámica de la salud-enfermedad, de las dimensiones psicológicas de la enfermedad y del hecho de sentirse enfermo, de las dimensiones económicas básicas de los servicios sanitarios (factores de la oferta-demanda, gestión de recursos escasos, estructura del gasto sanitario, desigualdades sociales en el acceso a los recursos y servicios, etc.), de la estructura y funciones de la profesión médica en el marco de la prestación de los servicios de salud.

2. Un sólido adiestramiento en las bases y en la práctica de la metodología científica, sin el cual difícilmente puede hablarse de una auténtica formación científica del médico.

Toda la práctica médica está impregnada de exigencias que reclaman el espíritu y el método científico. Esto es obvio en actividades directamente orientadas a la investigación (clínica, farmacológica, epidemiológica, etc.) pero no lo es menos en las demás actividades de la práctica médica tanto en el ámbito clínico como en el de la salud pública.

Estén dirigidas a las personas o al medio -ambiental o social- y estén orientadas a promover la salud o a prevenir, curar o aliviar la enfermedad, las acciones que caracterizan y definen la práctica médica -y, en general, la práctica sanitaria- reproducen siempre de uno u otro modo un proceso cuyos momentos esenciales quedan recogidos en el esquema tradicional de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, es decir de identificación del problema, de decisión sobre las medidas a tomar para ponerle remedio, y de evaluación de la pertinencia y adecuación de las medidas tomadas.

El núcleo central de este proceso está, evidentemente, en la decisión sobre las medidas a tomar para poner remedio al problema de que se trate, sea individual sea colectivo. Ahora bien, la capacidad del médico para tomar decisiones correctas frente a los problemas concretos -cualesquiera que éstos sean- depende esencialmente de su capacidad de utilización de la metodología científica para recoger, analizar y evaluar críticamente la información que puede conducirle, primero, a la elaboración de una hipótesis explicativa válida del problema y, después, a una

adecuada verificación de la efectividad y la eficiencia de las medidas tomadas.

Dicho de otra manera, la praxis médica es, substancialmente, una praxis científica. Independientemente de la mayor o menor cantidad y complejidad de la información que exigen y que es posible recoger en cada caso, tanto el proceso de diagnóstico como el proceso de verificación-evaluación de la hipótesis explicativa y de las medidas tomadas, son procesos de investigación cuya estructura básica es idéntica a la de cualquier proceso de investigación científica: elaboración, contraste y verificación de hipótesis mediante la evaluación crítica de informaciones y datos.

El adiestramiento en la metodología científica se hace aún más importante como base necesaria de la práctica médica si tenemos en cuenta el carácter fundamentalmente inductivo de la mayoría de las decisiones que el médico ha de tomar, y el hecho de que la información de que puede disponer para tomar las decisiones no siempre es suficiente y completa y, con frecuencia, admite lecturas plurales. La creación de un contexto que incite al cuestionamiento y a la investigación debe constituir, pues, una de las preocupaciones fundamentales de la formación pregraduada. De otro modo, la capacidad de evaluación crítica de los datos queda fácilmente reemplazada por el dogma.

3. Una adecuada preparación teórica y práctica en el conjunto de saberes científicos, técnicos y metodológicos que constituyen la medicina clínica. Evidente-

mente, el aprendizaje y el adiestramiento clínicos en la formación pregraduada deben responder a un planteamiento básico y general pero, al mismo tiempo, serio, sólido y riguroso.

El aprendizaje que la formación pregraduada debe proporcionar no es tanto la clínica hospitalaria o la clínica extrahospitalaria cuanto las bases de toda medicina clínica. De la seriedad y consistencia del aprendizaje científico, técnico y metodológico de estas bases depende, en medida muy sustancial, la seriedad y la consistencia de la práctica profesional futura en cualquier especialidad incluidas las especialidades hospitalarias.

En este sentido, la formación clínica pregraduada debe tener como ámbito específico los problemas de salud individuales y de la comunidad, en sus variedades más frecuente y más significativas desde el punto de vista de las necesidades del conjunto de la población. Es decir, debe asegurar al futuro profesional un adecuado conocimiento de las enfermedades más frecuentes y debe familiarizarle, en el nivel doctrinal y técnico y en el nivel de aprendizaje práctico y experiencial, con todas las fases de la enfermedad (no sólo con la fase aguda) y con todas las fases de la atención sanitaria: no sólo con el diagnóstico y el tratamiento, sino también con el seguimiento y la atención continuada y con las medidas orientadas a prevenir la enfermedad y promover la salud.

Es difícilmente exagerable la importancia, como requisitos de la práctica médica, de todos estos aspectos del adiestramiento clínico que, si tienen obviamente su aplicación más estricta e inmediata en la atención sanitaria de las personas individuales, son igualmente aplicables en sus líneas básicas a la atención sanitaria de la comunidad. De aquí el papel central que deben tener en el proceso de la formación pregraduada. Dados los graves déficits de la formación actual en este orden de cosas (déficits que se reflejan en la frecuencia con que el diagnóstico, bien se confunde con la mera intuición o con la realización más o menos masiva de pruebas sofisticadas, bien se substituye por el reflejo síntoma-fármaco), vale la pena subrayar algunos de los aspectos a los que la formación pregraduada debería atribuir la máxima importancia.

En primer lugar, el aprendizaje de la praxis diagnóstica entendida como una investigación que, desde determinadas molestias o síntomas y a través de la elaboración y contraste de hipótesis explicativas, permite llegar no sólo a la identificación clínica del problema de que se trate sino también a las causas concretas que lo producen.

"La etapa científicamente más apasionante de nuestro trabajo profesional suele ser la de pasar de la molestia, generalmente poco concreta con que se presenta el enfermo, a la identificación y delimitación precisas de la entidad o entidades morbosas que sean su causa. A partir de los datos objetivos o subjetivos

vos que se recogen, es preciso elaborar uno o más modelos hipotéticos de enfermedad compatibles con el caso en estudio. La obtención de nuevos datos o la observación del curso de la enfermedad y del efecto de la medicación nos conducirá, según los casos, a confirmar y matizar la interpretación provisional, o a rechazarla para constituir otras nuevas empezando otra vez el proceso (...) Un diagnóstico no es nunca una descripción de síntomas y, con frecuencia, ni siquiera de datos objetivos. Comporta la identificación de un proceso morboso y, por tanto, de un modelo de historia natural, presente y prospectiva, del enfermo estudiado. Un diagnóstico se consigue o no, pero se ha de intentar siempre" (1).

Así entendida, la praxis diagnóstica no puede ser reducida al estudio de las enfermedades sino que debe comprender también la realidad vivencial y social del paciente. Y, por otra parte, no sólo exige un conocimiento de las posibilidades analíticas que ofrece la medicina sino también un adiestramiento práctico:

- a) En la capacidad de discernir en qué nivel o niveles -somático, psíquico, social, ambiental- se plantea el problema, lo que supone que el diagnóstico debe ser un intento de comprensión global de la persona.

(1) J. Gol, "Alguns aspectes ètics de la relació metge-malalt", Qüestions de vida cristiana, nov. de 1974, pg. 28.

- b) En la capacidad de evaluación sanitaria, en términos de coste-beneficios, de las exploraciones y pruebas analíticas a aplicar en caso de que sean necesarias.
- c) En la utilización de los instrumentos y técnicas apropiados para cada caso; entre las técnicas a enseñar, merece destacarse la importancia de las técnicas de entrevista como base de la anamnesis, y de las técnicas de recogida, ordenación y clasificación de datos como base de la historia clínica y demás documentación referida a la dinámica de salud de los individuos y de la comunidad.

Por lo que se refiere al tratamiento, al que son aplicables muchas de las observaciones hechas respecto al diagnóstico, la formación pregraduada debería prestar especial atención a la necesidad de actuar en lo posible sobre las causas y no sólo sobre los síntomas, y a la necesidad de evaluación de la efectividad y eficiencia de las diferentes medidas que pueden tomarse y de los riesgos y efectos nocivos que tales medidas pueden comportar: "La cuestión concerniente a la efectividad y a los riesgos del tratamiento puede ser planteada con ventaja en relación con casi todos los pacientes (...) En general, la validez y los riesgos de la investigación y del tratamiento no son discutidos críticamente, y los médicos completan su formación con sólo vagas ideas sobre las credenciales de muchos de los instrumentos que deberán aplicar. La dificultad básica está lógicamente, como ha puesto de relieve Cochrane, en que la efectividad de muchos

procedimientos clínicos no ha sido nunca adecuadamente evaluada; pero la enseñanza clínica debería hacer igualmente explícito lo que es conocido y lo que no lo es" (1).

Debemos referirnos, para concluir el tema de la formación clínica, al conjunto de cuidados (curas, controles, información, rehabilitación, medidas o consejos preventivos, atención pedagógica al enfermo y/o a la familia, etc., etc.) a prestar a los pacientes sea como seguimiento de unas propuestas terapéuticas sea como respuesta a situaciones crónicas o terminales.

La no inclusión de estos problemas en el aprendizaje clínico es uno de los déficits más serios de la actual enseñanza pregraduada. El énfasis en la investigación y curación de las situaciones agudas produce una total infravaloración de los otros cuidados, quizá menos dramáticos pero no menos importantes y lleva a la sorprendente noción de que con el diagnóstico termina la atención a prestar en una enfermedad que no puede ser tratada, o que la responsabilidad médica en relación con el cuidado de los terminales o de los pacientes afectados por una discapacidad permanente no es tan importante como en relación con el tratamiento de agudos (2).

(1) Th. McKeown, The role of medicine, Basil Blackwell, Oxford, 1979, pg. 150.

(2) Cfr., entre otros, Th. McKeown, The role of medicine, cit., pg. 150 ss.; J. Rippe, "Caring and medical education", The Lancet 1977, pg. 36-37.

4. Adquisición de actitudes, valores y pautas de comportamiento que sean acordes con los objetivos y las exigencias de la medicina como profesión al servicio de la salud. Estas actitudes, valores y pautas de comportamiento, contenido de los modelos de rol profesional que sirven de referencia en el proceso de autoidentificación de los futuros médicos, pueden y deben ser enseñados. De hecho lo son siempre aunque no en todos los casos profesores y alumnos sean explícitamente conscientes de ello.

Es obvio, sin embargo, que los objetivos fundamentales de la formación pregraduada difícilmente podrán ser alcanzados si la adquisición, por parte de los futuros profesionales, de determinadas actitudes, valores y pautas de comportamiento, no se convierte, como en el resto de los contenidos, en un objetivo explícito y explícitamente definido y programado; un objetivo a conseguir utilizando todas las referencias y todos los mecanismos del proceso de formación: transmisión de saberes teóricos, aprendizaje de métodos y técnicas, relaciones profesor-alumno, prácticas supervisadas en instituciones ambulatorias y hospitalarias, etc., etc.

Entre las actitudes, valores y pautas de mayor trascendencia para la práctica médica -que, por otra parte, si no se aprenden en la formación pregraduada no se aprenden nunca- cabe destacar las siguientes:

- a) El respeto al paciente (1) como persona, así como a sus angustias y a sus modos de vivir y valorar su enfermedad; la supremacía del interés por el enfermo sobre el interés por la enfermedad; el bien del enfermo como referencia absolutamente prioritaria en las decisiones que se refieren tanto a las exploraciones y pruebas diagnósticas como a las medidas de tratamiento y de atención continuada (2).
- b) La valoración de la técnica como medio y no como fin; la necesidad de valorar la razón de ser de la medicina no como solución de desafíos tecnológicos sino como solución de problemas sanitarios; la necesidad de adecuar las técnicas empleadas a las exigencias de cada problema concreto; la necesidad de valorar y desarrollar tecnologías que respondan a las exigencias de la atención primaria y no sólo de la atención hospitalaria; la necesidad de que la tecnología sofisticada sea valorada y situada en el lugar que le corresponde y no signifique la

(1) En encuestas hechas a estudiantes de medicina o a médicos sobre temas de la formación pregraduada, es frecuente encontrar "la falta de respeto al paciente por parte de los tutores" como uno de los aspectos más negativamente valorados de su aprendizaje clínico. Cfr., entre otros, G.A. Golditz, "The students' view of an innovative undergraduate medical course: the first year at the University of Newcastle, N.S.W.", Medical Education, 14, 1980; L.G. Walker, J.D. Haldane y D.A. Alexander, "A medical curriculum: evaluation by final-year students", Medical Education, 15, 1981.

(2) J. Gol, "Alguns aspectes ètics de la relació metge-malalt", citado; H.M. Schoolman, "The role of the physician as a patient advocate", The New England Journal of Medicine, 1977, nº 2; Varios "Malalts i professionals, aspectes sòcio-culturals de l'atenció sanitària en el procés d'emmalaltir", XIIè Congrés de Metges i Biòlegs de llengua catalana, 1-4 nov. 1984, ponència: "El procés d'emmalaltir".

infravaloración del conjunto de técnicas más simples, sobre las que realmente se hace posible la atención a los problemas sanitarios de la inmensa mayoría de la población.

- c) La valoración positiva de la práctica del trabajo en equipo con otros médicos y con otros profesionales (sin caer en la mitificación de esta práctica, en su conversión en una panacea), como algo exigido por la naturaleza misma de los problemas de la salud.
- d) La necesidad de una utilización sanitaria y económica racional, y de una distribución social y territorial equitativa, de los recursos sanitarios.
- e) La valoración positiva de los diferentes roles profesionales, y no sólo de los roles hospitalarios, en el marco de un conjunto equilibrado de funciones integradas, todas igualmente necesarias para responder a los problemas sanitarios de la población; huelga decir, a este propósito, que todas las exaltaciones de la importancia de la atención primaria no pasan de ser meras exaltaciones verbales desde el punto de la valoración y prestigio de sus profesionales, mientras la enseñanza médica siga siendo dominada por profesionales procedentes del hospital y mientras, en la estructura real del sistema sanitario -equipamientos, investigación, desarrollo tecnológico, recursos, etc.- la atención primaria no vea efectiva y prácticamente reconocida su importancia como base y centro del sistema.

5.3.3. Sobre la organización del curriculum y la metodología docente. Aprender a aprender.

Sin bajar de detalles que no corresponden al nivel de planteamiento de este trabajo, las reflexiones que siguen pretenden poner de manifiesto los principios y las bases que necesariamente y en todo caso -es decir, cualquiera que sea la forma concreta que puede asumir en unas u otras facultades- habrán de inspirar tanto la metodología docente como la estructura organizativa del curriculum de la formación pregraduada.

Desde este punto de vista, lo primero que debemos destacar es que el proceso de aprendizaje debe tener, como centro de interés, más el desarrollo progresivo de las facultades y capacidades personales que la memorización y acumulación de saberes codificados. Naturalmente, el alumno habrá de memorizar saberes y técnicas; pero esto debe ser planteado como un medio necesario y no como un fin. Dicho de otra manera, la memorización es una componente imprescindible del proceso de aprendizaje pero sólo en la medida en que constituye un mecanismo que hace posible la instrumentación eficaz del proceso de desarrollo progresivo de la capacidad profesional para enfrentarse a los problemas concretos.

Hemos dicho que es un mecanismo imprescindible. Nada sería más equivocado, a este respecto, que, de un modelo que se apoya en la memorización como mecanismo casi único de aprendizaje, pasar a otro en el que este mecanismo quede desvalorizado o excluido. Su función queda mejor definida si esquematizamos el proceso de

aprendizaje en las tres fases siguientes (que no necesariamente significan fases sucesivas en una secuencia temporal sino sólo momentos lógicos diferentes):

- a) Desarrollo de la capacidad de reproducir información -datos, conceptos, esquemas- en la forma en que ha sido aprendida.
- b) Desarrollo de la capacidad de comprender la lógica interna de un conjunto organizado de conceptos, datos, teorías y principios.
- c) Desarrollo de la capacidad de aplicar teorías, conceptos y principios a la comprensión y solución de problemas concretos.

He aquí, pues, el principio fundamental que ha de inspirar tanto la metodología docente como la organización del curriculum en la formación pregraduada: debe ser un proceso en que todos los contenidos y todos los mecanismos de aprendizaje estén orientados a proporcionar al alumno la capacidad de comprender y solucionar problemas concretos; o, lo que es lo mismo, debe ser un proceso en el que el aprendizaje tenga como mecanismo básico el análisis y la solución de problemas concretos.

Obviamente, esta capacidad de comprender y solucionar problemas -objetivo final del proceso de aprendizaje- no puede quedar limitada a los problemas estudiados en los años de formación, Debe entenderse, sobre todo, como capacidad de comprender y solucionar los problemas nuevos y desconocidos que se le plantearán al alumno en su futura práctica profesional.

Esto nos lleva al segundo principio fundamental en la metodología y en la organización del proceso de aprendizaje: debe estar orientado a proporcionar al futuro médico una adecuada capacidad de autoaprendizaje -buscar, analizar y evaluar críticamente la información necesaria en función de cada problema concreto- que le permita enfrentarse a las situaciones y a problemas nuevos o no conocidos por él previamente y a mantenerse al día en los avances de las ciencias de la salud.

Para que los dos principios que acabamos de enunciar puedan ser llevados a la práctica es necesario, por una parte, seleccionar los contenidos docentes y, por otra, integrar los diferentes aspectos teóricos y prácticos del proceso de aprendizaje.

En primer lugar, seleccionar los contenidos docentes. Es absolutamente imposible transmitir todos los conocimientos que van acumulándose en las ciencias de la salud. Además de imposible, sería contraproducente: la calidad del proceso de aprendizaje no se mide en términos de cantidad de conocimientos sino en términos de su adecuación a los objetivos propuestos. Ha sido la ausencia de unos objetivos claros lo que ha impedido al modelo tradicional de enseñanza pregraduado racionalizar sus contenidos y resolver el problema de la incorporación de nuevos saberes sin recargar el curriculum más allá de lo razonable. "No más ciencia sino mejor ciencia" (1). No más conocimientos sino mejor selección de los contenidos

(1) G.J.V. Nossal, "Science in the medical curriculum", The Lancet, 1976, pg. 840 ss.

más apropiados para conseguir los objetivos de la formación pregraduada.

En segundo lugar, integrar los aspectos teóricos y prácticos del proceso de formación, lo cual exige una interrelación constante y activa, a lo largo de todo el proceso, entre las ciencias básicas y las ciencias clínicas y entre el conjunto de saberes científicos y la experiencia y aprendizajes prácticos. "Desde las reformas de la educación médica propuestas por Flexner, las escuelas médicas han fortalecido y ampliado la enseñanza de las ciencias básicas, pero las han mantenido separadas de las ciencias clínicas (...) Tal divorcio entre la aplicación clínica y sus raíces científicas ha sido visto por diversos investigadores como la fuente del descontento entre los estudiantes, que han tendido a infravalorar las ciencias básicas viéndolas fundamentalmente como un obstáculo a salvar para el ingreso en el ciclo clínico" (2).

La formación pregraduada ha de proporcionar al futuro profesional la experiencia de cómo los problemas concretos son analizados, entendidos y resueltos precisamente porque en ese proceso se han utilizado los conceptos, principios y métodos científicos de las ciencias

(2) M. West, S.P. Mennin, A. Kaufman y W. Galey, "Medical students attitudes toward basic sciences: influence of a primary care curriculum", Medical Education, 16, 1982, pg. 188.

básicas y de las ciencias clínicas (1). En otras palabras, ha de constituir una experiencia educativa integrada en la que el saber clínico no se disocie del saber básico, ni el conocimiento científico del estudio de los problemas concretos, ni el proceso de aprendizaje en su conjunto de los problemas reales de la comunidad.

Entre los requisitos más importantes que se derivan de todo lo que venimos diciendo, podemos destacar los siguientes:

- a) La necesidad de superar el sistema de asignaturas y la puesta en cuestión del actual significado de los departamentos, así como del modelo secuencial (ciencias básicas, ciencias clínicas) en que se organiza actualmente la formación pregraduada (2).
- b) La necesidad de instrumentar un mecanismo institucional académico que, por encima de los departamentos, de las áreas de aprendizaje, etc., se responsabilice

(1) J.N. Walton, "On training tomorrow's doctors: the Newcastle curriculum revised and reconstructed", British Medical Journal, 1977, pg. 1262-1265; L.G. Walker, J.D. Haldane y D.A. Alexander, "A medical curriculum: evaluation by final-year students", Medical Education, 15, 1981; R. Villarreal, "Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México: Una innovación interdisciplinaria de la enseñanza de la medicina", en Katz y Fülöp, Formación de personal de salud: ejemplos de nuevos programas docentes, OMS, vol. 2, 1980; W.J. Walsh, "El programa McMaster de enseñanza de la medicina", en Katz y Fülöp, Formación..., citado, vol. 1, 1978.

(2) "Los temas que tratan de la organización de la docencia han evocado las respuestas más extremas. Se ha hecho una fuerte insistencia en la necesidad de prestar mayor atención a la integración de cursos entre departamentos. No puede esperarse que los estudiantes consigan una efectiva integración de los contenidos que se les enseñan y que asocien estos contenidos al paciente como entidad unitaria y global (que es, en sí mismo, un concepto integrativo), si no se les proporciona un modelo de integración en su aprendizaje. Sin embargo, llevar a la práctica un cambio substancial y relevante en este sentido, requeriría un cambio substancial, pero no agradable para todos, en la estructura de poder entre los diferentes departamentos y comités de facultad y una reformulación de sus respectivos objetivos": L.G. Walker, J.D. Haldane y D.A. Alexander, "A medical curriculum: evaluation by final-year students", Medical Education, 15, 1981, pg. 380.

de la planificación y programación del curriculum, asegurando la coherencia de sus contenidos y de su estructura organizativa con los objetivos de la formación pregraduada, y garantice un proceso de feedback que permita constantemente la introducción de los ajustes e innovaciones necesarios (1).

- c) La necesidad, ya desde los primeros cursos y antes de las prácticas en el medio hospitalario, de un contacto personal de los alumnos con los profesionales, con los problemas -individuales y colectivos- y con las prácticas de la atención primaria de salud (2).
- d) La necesidad de una definición explícita de los objetivos docentes tanto en relación al conjunto del curriculum como en relación a cada área de estudio y aprendizaje y a cada uno de los cursos que comprende la formación pregraduada (3).
- e) La necesidad de que todos los recursos asistenciales (ambulatorios, hospitalarios) y de salud pública puedan ser utilizados como marcos educativos, y de que las prácticas que en ellos se realizan signifiquen

(1) La experiencia de la facultad de medicina de Alicante ha introducido, para estas funciones, el Departamento de Educación Médica. Cfr. C. Belmonte, "La Universidad y la salud: el modelo de la Universidad de Alicante", en La reforma educativa a les facultats de medicina, IES, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1984.

(2) Cfr., entre otros, M. West, S.P. Mennin, A. Kaufman y W. Galey, "Medical students' attitudes toward basic sciences: influence of a primary care curriculum", Medical Education, 16, 1982.

(3) Diferentes estudios han mostrado la gran utilidad de esta definición de objetivos, tanto para los estudiantes como para los profesores, como elemento de referencia y como mecanismo que facilita la evaluación y el proceso de feedback, a la vez que ordena y racionaliza los esfuerzos y libera de la angustia de no saber por qué y para qué tales esfuerzos han de ser realizados. Cfr., entre otros, R.G. Williams y C.E. Osborne, "Medical teachers' perspective on development and use of objectives", Medical Education, 16, 1982.

realmente una participación activa del estudiante, en un proceso de responsabilización progresivamente creciente y de supervisión progresivamente decreciente.

- f) La necesidad de que el aprendizaje práctico, además de lo que podríamos llamar las prácticas clínicas y de estudio sanitario de la comunidad, se apoye también en todo tipo de actividades que desarrollen la capacidad de autoaprendizaje: investigaciones, seminarios, trabajos en equipo, grupos de discusión, conocimiento y utilización de fuentes bibliográficas y documentales y de todo tipo de fuentes de información relacionadas con la salud, etc., etc.
- g) La necesidad de que los profesionales de la atención primaria, en sus diferentes especialidades, jueguen un papel protagonista en todo el proceso de la formación pregraduada, como profesores, como tutores, como supervisores de prácticas, etc.
- h) La necesidad de que la formación pregraduada sea realmente interdisciplinaria; esta interdisciplinariedad debe manifestarse tanto a nivel de profesorado -representación de los diferentes perfiles de las ciencias de la salud y de la práctica sanitaria: hospitalarios y extrahospitalarios, asistenciales y de salud pública, médicos y no médicos- como a nivel del alumnado -integración, en determinadas actividades docentes, de alumnos de las diferentes ramas de la sanidad y de ramas afines-; y ha de traducirse en una mayor interrelación académica e institucional de todas las facultades y escuelas relacionadas con la salud, hoy dispersas en contextos diferentes y, a veces, muy heterogéneos.

Capítulo 6

Formación postgraduada: Análisis del proceso de especialización médica.

6.1. Criterios en la CEE para la especialización médica.

En un capítulo anterior ya se efectuó el análisis de los datos numéricos disponibles respecto a las distintas densidades de especialistas en países industrializados.

Ahora sintetizaremos los criterios que las distintas administraciones europeas siguen para la obtención del título de especialista, así como la estructura teórica del proceso de formación (años de duración, etc...). Los datos se han obtenido de dos publicaciones (1) (2). La primera publicación proporciona datos de 1971 a 1973 y la última es una revisión de estos con fecha 1976 y 1977 (publicados en 1983).

El objetivo de estos estudios es ver la estructura, composición y cambios que experimentan los programas de formación postgraduada para tener un instrumento que permita planificar la mano de obra sanitaria.

En las tablas 6.1 a 6.24 hemos resumido y presentado de manera breve las características en 1973 y en 1977 de un limitado número de especialidades (las más básicas), aunque las características varían ampliamente de país a país respecto a las que se pueden considerar especialidad principal y subespecialidad.

Los dos estudios de la OMS, de los que hemos extraído los datos de la especialización médica, tienen sus limitaciones que se reflejan al comparar el de 1973

(1) "L'enseignement post-universitaire de la MEDICINE dans la Région Européenne". Bureau Régional de l'Europe. OMS. 1979.

(2) Graduate Medical Education in the European Region, OMS. EuroReports and Studies 77.

con el de 1977 y que son debidos a un amplio número de factores de los cuales no es el menor la falta de estandarización en la nomenclatura. De hecho, el término "médico especialista" encubre una realidad extremadamente móvil en el espacio y el tiempo (1).

En un momento determinado, ciertas especialidades médicas y quirúrgicas son reconocidas como especialidades en ciertos países pero no en otros. Esta ausencia de homogeneidad en las listas nacionales de especialidades comporta grandes dificultades a la hora de efectuar comparaciones entre países. Además, muy a menudo, a lo largo de un cierto período, la lista de especialidades de un país puede cambiar de contenido, habitualmente a causa del reconocimiento de especialidades nuevas.

Este movimiento en el tiempo y en el espacio de las listas de especialidades y, en consecuencia, de la población de especialistas no es debida solamente a contradicciones de orden intelectual o a discordancias organizativas. Tiene origen en la medicina misma, la cual, sometida a progresos incesantes en los conceptos y las técnicas, se ve abocada a reconocer en su seno más y más ramas independientes.

Así pues, aunque no debe renunciarse a la planificación y por tanto también a la comparación con otros países, esperar resolver la tarea adaptándonos a unos estándares fijos constituye una pretensión absurda y por ello, lo único posible es hacer una valoración aproximada.

(1) Jean Bui-Dang-Ha Doan, *Specialization of Physicians: OMS. World Health Stat. Rapport.* (1977; 30: 207-226).

Todos los países europeos analizados disponen de programas de docencia y formación postgraduada; estos programas, en general, ocupan un período de tiempo que los recién licenciados en medicina dedican al aprendizaje de un campo concreto de la medicina.

Se basan en la integración del médico en estructuras asistenciales u operativas según la especialidad que se trate, donde, bajo la responsabilización progresiva en el trabajo asistencial y una supervisión adecuada a cada estadio, se le va proveyendo de los conocimientos científicos y técnicos y adiestrando en su aplicación práctica en un campo de la medicina. Es decir, tratan de proporcionar al médico una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que le capaciten para el ejercicio de una especialidad.

Los programas están en función de la preparación con que los estudiantes acaban el pregrado, y son flexibles para adaptarse a las distintas situaciones y están sujetos a revisión, en la mayoría de los casos, para introducir modificaciones de acuerdo con los resultados obtenidos y nuevas necesidades de personal médico del sistema sanitario.

He aquí las características más destacables de la evolución de la formación postgraduada en Europa:

- A pesar de las declaraciones que consideran que es necesario reducir el número de especialidades médicas, tanto por necesidad de contención del coste de los servicios de salud como para dotar a la profesión médica de una estructura más polivalente, lo cierto es que la tendencia a incrementar la especialización y

subespecialización continúa y al menos 8 países europeos muestran un significativo aumento de especialidades entre las dos fechas de los informes objeto de estudio.

- El sistema de especialización está siendo revisado continuamente, en todos los países, con mayor o menor intensidad.
- Tal vez el hecho más notable es la incorporación progresiva, en la mayoría de los países, de un ciclo formal de enseñanza postgraduada en Medicina General o Medicina de Familia. Lo que refleja un interés creciente en el desarrollo de la atención primaria de salud, como base de un sistema sanitario, que se inspira en las recomendaciones de Alma Ata (con un deseo de desplazamiento de la medicina desde alto coste y alta tecnología hacia la atención primaria y la prevención).
- Por último, aunque lentamente, los países van adoptando los cambios en su educación postgraduada de acuerdo con las recomendaciones de la CEE al respecto. Además hay un amplio consenso en el deseo de conseguir una homogeneización de los programas que permita a los médicos el libre movimiento de país a país. Homogeneización que debe evitar el riesgo de la uniformidad supranacional.

En definitiva, por lo que a la formación de especialistas se refiere (postgrado) existe en la CEE una notable heterogeneidad. Existen amplias diferencias en cuanto a la duración del período de especialización. Sin

embargo, existe un documento del Consejo de las Comunidades Europeas sobre la duración del período de especialización que en el futuro puede jugar una influencia homogeneizadora.

En España, con el decreto de especialización médica, en cuyo anexo II se fija la duración de cada uno de los programas de especialización, y con la Orden del 30 de Enero de 1981, se ha dado un paso importantes hacia esa uniformidad que se pretende para la CEE.

Por Real Decreto 2015/1978 de 15 de Julio se regula la la obtención de títulos de especialidades médicas en España (BOE 29-8-78) y en su artículo tercero se reconoce como especialidades las siguientes:

- | | |
|--|--|
| - Alergia. | - Medicina de la Educación Física y deporte. |
| - Análisis clínicos. | - Medicina familiar y comunitaria. |
| - Anatomía patológica | - Medicina intensiva. |
| - Anestesiología y Reanimación. | - Medicina interna. |
| - Angiología y Cirugía vascular. | - Medicinal legal y forense. |
| - Aparato Digestivo. | - Medicina nuclear. |
| - Bioquímica clínica. | - Medicina preventiva y salud pública |
| - Cardiología. | - Medicina del trabajo. |
| - Cirugía del aparato digestivo. | - Microbiología y parasitología. |
| - Cirugía cardiovascular. | - Nefrología. |
| - Cirugía general | - Neumología. |
| - Cirugía maxilofacial. | - Neurocirugía. |
| - Cirugía pediátrica. | - Neurofisiología clínica. |
| - Cirugía torácica. | - Neurología. |
| - Cirugía plástica y reparadora. | - Obstetricia y Ginecología. |
| - Dermatología médicoquirúrgica y Venerología. | - Oftalmología. |
| - Electrorradiología. | - Oncología. |
| - Endocrinología y Nutrición. | - Otorrinolaringología. |
| - Estomatología. | - Psiquiatría y sus especialidades. |
| - Farmacología clínica. | - Psiquiatría. |
| - Geriatria. | - Radiodiagnóstico. |
| - Hematología y Hemoterapia. | - Radioterapia. |
| - Hidrología. | - Rehabilitación. |
| - Inmunología. | - Traumatología y Cirugía ortopédica. |
| - Medicina espacial. | - Urología. |

En el Anexo II de la Orden de Presidencia del Gobierno de 30 de Enero de 1981, por la que se regula el acceso a las plazas docentes acreditadas para optar al

título de Médico especialista en Instituciones Hospitalarias y Escuelas profesionales, se fijan los años de duración de los programas de especialización que a continuación se relacionan:

Especialidad	Formación previa genérica	Formación específica	Total
Alergia	1,5	2,5	4
Análisis Clínicos	-	3	3
Anatomía Patológica	-	4	4
Anestesiología y Reanimación	2	2	4
Angiología y Cirugía Vasculat	2,4	2,6	5
Aparato Digestivo	1	3	4
Bioquímica Clínica	-	3	3
Cardiología	1	4	5
Cirugía Aparato Digestivo	3	2	5
Cirugía Cardiovascular	1	4	5
Cirugía General	2	3	5
Cirugía Oral y Maxilofacial	-	3	3
Cirugía Pediátrica	1	4	5
Cirugía Plástica y Reparadora	2	3	5
Cirugía Torácica	2	3	5
Dermatología Médico-Quirúrg. y Venerología	1 (X)	3	4
Endocrinología y Nutrición	2	2	4
Farmacología Clínica	-	3	2
Geriatría	1 (X)	3 (X)	4
Hematología y Hemoterapia	1,5	2,5	4
Inmunología	-	4	4
Medicina Familiar y Comunitaria	-	3	3
Medicina Intensiva	2 (X)	3	5
Medicina Interna	-	4	4
Medicina Nuclear	-	4	4
Medicina Preventiva y Salud Pública	2	1	3
Microbiología y Parasitología	-	3	3
Nefrología	2	2	4
Neumología	-	4	4
Neurocirugía	1	4	5
Neurofisiología Clínica	1	3	4
Obstetricia y Ginecología	-	4	4
Oftalmología	-	4	4
Oncología	2	2	4
Otorrinolaringología	1	3	4
Pediatría	2	1	3
Psiquiatría	-	4	4
Radiodiagnóstico	-	4	4
Radioterapia	1	3	4
Rehabilitación	-	4	4
Reumatología	2	2	4
Traumatología y Cirugía Ortopédica	2	3	5
Urología	2	3	5

TABLA 6.1. ANATOMIA PATOLOGICA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO		Nº DE AÑOS DE FORMACION		Nº DE AÑOS DE FORMACION	
	(1)	(2)	(1)	(2)	ESPECIFICA	(1)	GENERICA	(2)
	TOTAL		INCLUIDO		(2)	(1)	(1)	(2)
Alemania	--	5	--	SI	4	--	--	1
Austria	6	6	NO	SI	4	4	2	2
Bélgica	--	--	--	--	--	--	--	--
Dinamarca	--	--	--	--	--	--	--	--
España	4	4	NO	NO	4	4	0	0
Francia	3	--	NO	--	3	--	--	--
Grecia	4	4	NO	NO	4	4	0	0
Holanda	4	--	NO	--	4	--	0	0
Irlanda	6	6	NO	NO	4	4	2	--
Italia	3	4	NO	NO	3	3	--	1
Luxemburgo	3	--	--	--	3	--	0	--
Reino Unido	6-7	6-7	NO	NO	3	5	3-4	1-2

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.2. ANESTESIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO		Nº DE AÑOS DE FORMACION		Nº DE AÑOS DE FORMACION	
	(1)	(2)	(1)	(2)	ESPECIFICA	(1)	GENERICA	(2)
Alemania	4	4	NO	SI	3½	0	½	
Austria	6	6	NO	SI	3	3	3	
Bélgica	4	4	NO	NO	4	1	1	
Dinamarca	4	4	NO	NO	4	0	0	
España	4	4	NO	NO	2	2	2	
Francia	3	3	SI	NO	3	--	0	
Grecia	3	3	NO	NO	2	1	1	
Holanda	3½	3½	NO	NO	3	½	½	
Irlanda	6-7	6	NO	NO	5-6	1-2	1-2	
Italia	3	3	NO	NO	3	--	--	
Luxemburgo	4	4	--	NO	4	--	--	
Reino Unido	6-7	6-7	NO	NO	5	1-2	0-2	

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.3. CARDIOLOGIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	2	6	NO	SI	2	--	--	--
Austria	6	--	NO	--	4	--	2	--
Bélgica	5	5	NO	NO	2	5	3	--
Dinamarca	4½	4½	NO	NO	3	3	1½	1½
España	5	5	NO	NO	4	4	1	1
Francia	3	3	NO	NO	3	3	--	--
Grecia	4	4	NO	NO	1	1	3	3
Holanda	5	5	NO	--	3-4	3-4	1-2	1-2
Irlanda	7	7	NO	NO	3-4	3-4	3-4	--
Italia	3	3-4	NO	NO	3	3	--	--
Luxemburgo	4	4	--	NO	4	4	--	--
Reino Unido	7	7	NO	NO	3	3	4	4

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.4. CIRUGIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION TOTAL		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	6	6	NO	SI	6	5½	--	½
Austria	6	6	NO	NO	4	4	2	2
Bélgica	6	6	NO	NO	5	6	1	--
Dinamarca	5½	5½	NO	NO	5	5	½	½
España	5	5	NO	NO	3	3	2	2
Francia	5	5	SI	SI	3	4	2	1
Grecia	4	4	NO	NO	3-3½	4	½-1	--
Holanda	6	6	NO	NO	6	6	--	--
Irlanda	7	7	NO	NO	6	6	1	--
Italia	5	5	NO	NO	5	5	--	--
Luxemburgo	5	6	--	--	5	6	--	--
Reino Unido	6-7	6-7	NO	NO	4	4	2-3	2-3

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.5. CIRUGIA CARDIO TORACICA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO		Nº DE AÑOS DE FORMACION		Nº DE AÑOS DE FORMACION	
	(1)	(2)	(1)	(2)	ESPECIFICA	(1)	GENERICA	(2)
Alemania	--	6	--	SI	5½	--	½	½
Austria	--	--	--	--	--	--	--	--
Bélgica	6	5	NO	NO	5	1	0	0
Dinamarca	5½	5½	NO	NO	5	½	½	½
España	5	5	NO	NO	3-4*	1-2*	1	1
Francia	6	5	NO	SI	5	½-1	½	½
Grecia	7	7	NO	NO	2	5	--	--
Holanda	6	6	NO	NO	4	2	1-1/3	2
Irlanda	7	7	NO	NO	3	4	4	4
Italia	4	5	NO	NO	4	3	2	2
Luxemburgo	6	6	--	--	1	--	5	--
Reino Unido	7	7	NO	NO	4	4	3	3

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

(*) En España, bajo la denominación de Cirugía Cardiorácica existen las especialidades de Cirugía Cardiovascular (de 1 año de formación genérica y 4 de específica) y de Cirugía Torácica (2 años de formación genérica y 3 de específica).

TABLA 6.6. DERMATOLOGIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	4	4	NO	SI	3½	4	½	--
Austria	6	6	NO	SI	4	4	2	2
Bélgica	4	4	NO	NO	3	4	1	--
Dinamarca	4	4	NO	NO	3	3	1	1
España	4	4	NO	NO	3	3	1	1
Francia	3	3	NO	NO	2½	3	½	--
Grecia	3	3	NO	NO	3	3	--	--
Holanda	4	4	NO	NO	4	--	--	--
Irlanda	6-7	7	NO	NO	4	--	2-3	--
Italia	3	3	NO	NO	3	3	--	--
Luxemburgo	4	3	--	NO	4	3	--	--
Reino Unido	7	7	NO	NO	4	4	3	3

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.7. SALUD PUBLICA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION TOTAL		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	--	5	--	SI	--	2½	--	2½
Austria	6	6	NO	NO	4	4	2	--
Bélgica	--	--	--	--	--	--	--	--
Dinamarca	--	--	--	--	--	--	--	--
España	3	3	NO	NO	1	2	2	1
Francia	1	1	NO	NO	1	1	--	--
Grecia	1	--	NO	--	1	--	--	--
Holanda	3	--	NO	--	3	3	--	--
Irlanda	6	6	NO	NO	3-4	3-4	2-3	--
Italia	3	4	NO	NO	3	--	--	1
Luxemburgo	--	--	--	--	--	--	--	--
Reino Unido	6-7	6-7	NO	NO	5	5	1-2	1-2

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.8. MEDICINA FAMILIAR (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	4	--	NO	SI	1½	--	2½	--
Austria	3	3	SI	SI	3	3	--	--
Bélgica	--	2	--	NO	--	2	--	--
Dinamarca	--	--	--	--	--	--	--	--
España	3	3	NO	NO	3	3	--	--
Francia	--	--	--	--	--	--	--	--
Grecia	1½	1½	NO	NO	--	--	1½	1½
Holanda	1	1	NO	NO	1	1	--	--
Irlanda	--	3	--	NO.	--	--	--	--
Italia	--	--	--	--	--	--	--	--
Luxemburgo	--	--	--	--	--	--	--	--
Reino Unido	3	3	NO	NO	1	1	2	2

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.9. MEDICINA INTERNA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION TOTAL		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	6	6	NO	SI	5	5½	1	½
Austria	6	6	NO	SI	5	5	1	1
Bélgica	5	5	NO	NO	5	5	--	--
Dinamarca	4½	4½	NO	NO	3½	3½	1	1
España	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Francia	5	5	SI	--	5	4	--	--
Grecia	--	3	--	NO	--	--	--	--
Holanda	5	5	NO	NO	5	5	--	--
Irlanda	7	7	NO	NO	4	--	3	--
Italia	5	5	NO	NO	5	3	--	--
Luxemburgo	5	5	--	NO	5	5	--	--
Reino Unido	7	7	NO	NO	5	5	2	2

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.10. MEDICINA LEGAL (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO		Nº DE AÑOS DE FORMACION		Nº DE AÑOS DE FORMACION	
	(1)	(2)	(1)	(2)	ESPECIFICA	(1)	GENERICA	(2)
Alemania	--	5	--	NO	--	4½	--	½
Austria	6	6	NO	NO	4	4	2	2
Bélgica	--	--	--	--	--	--	--	--
Dinamarca	--	--	--	--	--	--	--	--
España	--	--	--	--	--	--	--	--
Francia	2	1	NO	NO	2	1	--	--
Grecia	3	--	NO	NO	2	1	1	2
Holanda	5	--	NO	--	5	--	--	--
Irlanda	7	--	NO	--	4	--	3	--
Italia	5	3	NO	--	5	--	--	--
Luxemburgo	5	--	--	--	5	--	--	--
Reino Unido	7	6	NO	--	5	3	2	3

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.11. MICROBIOLOGIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION TOTAL		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	--	5	--	SI	--	4	--	1
Austria	6	6	NO	SI	4	4	2	2
Bélgica	--	5	--	--	--	1½	--	3½
Dinamarca	6	6	NO	NO	5	5	1	1
España	3	3	NO	NO	3	3	--	--
Francia	1	--	NO	--	1	--	--	--
Grecia	3	3	NO	NO	3	3	--	--
Holanda	3	4	NO	--	3	4	--	--
Irlanda	6	6	NO	NO	4	--	2	--
Italia	3	4	NO	NO	3	3	--	1
Luxemburgo	3	4	--	NO	3	4	--	--
Reino Unido	6-7	6-7	NO	NO	3	5	3-4	1-2

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.12. NEUROCIRUGIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION TOTAL		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	6	6	NO	SI	6	5	--	1
Austria	--	6	--	SI	--	4½	--	1½
Bélgica	6	6	NO	NO	4	6	2	--
Dinamarca	5½	5½	NO	NO	4	4	1½	1½
España	5	5	NO	NO	4	4	1	1
Francia	--	5	--	SI	--	4	--	--
Grecia	5	5	NO	NO	3	3	2	2
Holanda	6	6	NO	NO	4	4	2	2
Irlanda	8	8	NO	NO	4-5	--	3-4	--
Italia	4	5	NO	NO	4	4	--	--
Luxemburgo	5	6	--	--	5	6	--	--
Reino Unido	8	8	NO	NO	5	5	3	3

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.13. NEUROLOGIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO		Nº DE AÑOS DE FORMACION		Nº DE AÑOS DE FORMACION	
	(1)	(2)	(1)	(2)	ESPECIFICA	(1)	GENERICA	(2)
Alemania	4	4	NO	NO	3	3	1	1
Austria	6	6	NO	NO	5	5	1	1
Bélgica*	5	5	NO	NO	5	5	--	--
Dinamarca	5	5	NO	NO	3	3	2	2
España	4	4	--	NO	--	3	--	1
Francia	4	3	NO	NO	4	3	--	--
Grecia	3	3	NO	NO	2	2	1	1
Holanda	4	4	NO	NO	3	3	1	1
Irlanda	7	7	NO	NO	4	--	3	--
Italia	4	4	NO	NO	4	3	--	1
Luxemburgo	4	4	--	NO	4	4	--	--
Reino Unido	7	7	NO	NO	4	4	3	3

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

(*) Comprende la anatomía patológica, la química clínica, la microbiología y la hematología. La información se adquiere en una o varias de estas disciplinas.

TABLA 6.14. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	5	5	NO	SI	5	4½	--	½
Austria	6	6	NO	NO	4	4	2	2
Bélgica	5	5	NO	NO	4	4	1	1
Dinamarca	4½	4½	NO	NO	3	3	1½	1½
España	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Francia	4	4	SI	--	3	3	1	1
Grecia	4	4	NO	NO	3	3	1	1
Holanda	5	5	NO	NO	5	5	--	--
Irlanda	7	7	NO	NO	4	--	3	--
Italia	4	4	NO	NO	4	3	--	1
Luxemburgo	4	4	--	--	4	4	--	--
Reino Unido	6-7	6-7	NO	NO	5	5	1-2	1-2

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.15. OFTALMOLOGIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	4	4	NO	SI	4	--	--	--
Austria	6	6	NO	SI	5	5	1	1
Bélgica	4	3	NO	--	3	3	1	--
Dinamarca	4	4	NO	NO	3	3	1	1
España	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Francia	2	3	NO	NO	2	2	--	--
Grecia	3	3	SI	NO	2 1/4	2 1/4	3/4	3/4
Holanda	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Irlanda	7	7	NO	--	4	4	3	3
Italia	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Luxemburgo	4	4	--	--	4	4	--	--
Reino Unido	6-7	6-7	NO	NO	4	4	2-3	2-3

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.16. TRAUMATOLOGIA Y CIR. ORTOPEDICA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	5	5	NO	SI	3	4	2	1
Austria	6	6	NO	SI	3½	3½	2½	2½
Bélgica	5	6	NO	SI	5	6	--	--
Dinamarca	4	5½	NO	--	3	5	1	½
España	5	5	NO	NO	3	3	2	2
Francia	--	5	--	SI	--	4	--	1
Grecia	4	4	NO	NO	3	3	1	1
Holanda	6	6	NO	NO	4	--	2	2
Irlanda	7	7	NO	NO	4	4	3	--
Italia	3	4	NO	NO	3	3	--	1
Luxemburgo	5	5	--	--	5	5	--	--
Reino Unido	6-7	6-7	NO	NO	4	4	2-3	2-3

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.17. O.R.L. (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO		Nº DE AÑOS DE FORMACION		Nº DE AÑOS DE FORMACION	
	(1)	(2)	(1)	(2)	ESPECIFICA	(1)	GENERICA	(2)
Alemania	4	4	NO	SI	4	4	--	--
Austria	6	6	NO	SI	4	4	2	2
Bélgica	5	3	NO	NO	3	--	2	--
Dinamarca	5½	4	NO	NO	5	3	1	1
España	4	4	NO	NO	3	3	1	1
Francia	3	3	NO	NO	3	3	--	--
Grecia	3	3	NO	NO	2	2	1	1
Holanda	4	--	NO	NO	4	4	--	--
Irlanda	7	6	NO	NO	3	--	4	--
Italia	3	3	NO	NO	3	3	--	--
Luxemburgo	4	4	--	NO	4	4	--	--
Reino Unido	6	6	NO	NO	3	3	3	2-3

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.18. LABORATORIO (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO		Nº DE AÑOS DE FORMACION		Nº DE AÑOS DE FORMACION	
	(1)	(2)	(1)	(2)	ESPECIFICA	(1)	GENERICA	(2)
Alemania	5	--	NO	--	5	--	--	--
Austria	6	6	NO	NO	4	4	2	2
Bélgica*	--	5	--	--	--	1½	--	3½
Dinamarca	4	4	NO	NO	3	3	1	1
España	4	3	NO	NO	4	3	--	--
Francia	--	--	--	--	--	--	--	--
Grecia	3	5	NO	NO	2	5	1	--
Holanda	--	--	--	--	--	--	--	--
Irlanda	6	6	NO	NO	4	--	2	--
Italia	3	3	NO	NO	3	3	--	--
Luxemburgo	3	4	--	NO	3	4	--	--
Reino Unido	6-7	6-7	NO	NO	5	5	1-2	1-2

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

(*) Comprende la anatomía patológica, la química clínica, la microbiología y la hematología. La formación se adquiere en una o varias de estas disciplinas.

TABLA 6.19. PEDIATRIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	5	5	NO	SI	5	4	--	4
Austria	6	6	NO	SI	4	4	2	2
Bélgica	5	5	NO	NO	4	5	1	--
Dinamarca	4	4	NO	NO	3	3	1	1
España	3	4	NO	NO	1	4	2	--
Francia	4	3	NO	NO	4	3	--	--
Grecia	3	3	NO	NO	2	2	1	1
Holanda	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Irlanda	7	7	NO	NO	4½	--	2½	--
Italia	3	4	NO	NO	3	3	--	1
Luxemburgo	4	4	--	NO	4	4	--	--
Reino Unido	7	7	NO	NO	4	4	3	3

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.20. PSIQUIATRIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO INCLUIDO	Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)		(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	4	4	NO	3	3	1	1
Austria	6	6	NO	5	5	1	1
Bélgica*	--	--	--	--	--	--	--
Dinamarca	5	5	NO	4	4	1	1
España	4	4	NO	4	4	--	--
Francia	4	3	SI	4	3	--	--
Grecia	3	--	NO	2	--	1	--
Holanda	4	4	NO	3	3	1	1
Irlanda	7	7	NO	5	--	2	--
Italia	4	4	NO	4	3	--	1
Luxemburgo	4	4	--	4	4	--	--
Reino Unido	6-7	6-7	NO	5	5	1-2	1-2

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

(*) Igual que Neurología, ya que la especialidad es Neuropsiquiatría.

TABLA 6.21. RADIODIAGNOSTICO (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO		Nº DE AÑOS DE FORMACION		Nº DE AÑOS DE FORMACION	
	(1)	(2)	(1)	(2)	ESPECIFICA	(1)	GENERICA	(2)
	TOTAL		INCLUIDO		(2)	(1)	(1)	(2)
Alemania	5	5	NO	SI	4½	3½	1½	½
Austria	6	6	NO	SI	4½	4	2	1½
Bélgica	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Dinamarca	4	4	NO	NO	3	3	1	1
España	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Francia	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Grecia	3	3	NO	NO	1 1/4	1 1/4	1 3/4	1 3/4
Holanda	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Irlanda	6-7	6	NO	NO	5	5	1-2	1-2
Italia	3	4	NO	NO	3	3	--	1
Luxemburgo	4	4	--	--	4	4	--	--
Reino Unido	6-7	6-7	NO	NO	5	5	1-2	1-2

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.22. RADIOTERAPIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania*	--	--	--	--	--	--	--	--
Austria*	--	--	--	--	--	--	--	--
Bélgica	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Dinamarca	4	4	NO	NO	3	3	1	1
España	4	4	NO	NO	3	3	1	1
Francia*	--	--	--	--	--	--	--	--
Grecia	5	5	NO	NO	2	2	3	3
Holanda	4	4	NO	NO	4	4	--	--
Irlanda	6-7	6	NO	NO	5	--	1-2	--
Italia	4	4	NO	NO	4	3	--	1
Luxemburgo	--	4	--	NO	--	4	--	--
Reino Unido	6-7	6-7	NO	NO	5	5	1-2	1-2

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

(*) Igual que la de Radiodiagnóstico.

TABLA 6.23. UROLOGIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO		Nº DE AÑOS DE FORMACION		Nº DE AÑOS DE FORMACION	
	(1)	(2)	(1)	(2)	ESPECIFICA	(1)	GENERICA	(2)
Alemania	5	5	NO	SI	3	4	2	
Austria	6	6	NO	SI	4	4	2	
Bélgica	6	6	NO	NO	5	6	1	
Dinamarca	5½	5½	NO	NO	5	5	1	
España	5	5	NO	NO	3	3	2	
Francia	--	5	--	SI	--	4	--	
Grecia	4	4	NO	NO	3	3	1	
Holanda	--	6	--	NO	--	3	--	
Irlanda	7	6	NO	NO	3	--	4	
Italia	3	3-5	NO	NO	3	3	--	
Luxemburgo	5	6	--	--	5	--	--	
Reino Unido	6	6	NO	NO	3	--	3	

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

TABLA 6.24. NEUMOLOGIA (Condiciones de la formación en la CEE, 1976 y 1979 y en España, 1981).

PAIS	Nº DE AÑOS DE DURACION		INTERNADO INCLUIDO		Nº DE AÑOS DE FORMACION ESPECIFICA		Nº DE AÑOS DE FORMACION GENERICA	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Alemania	4	6	NO	SI	3	--	1	--
Austria	6	6	NO	SI	4	4	2	2
Bélgica	5	5	NO	NO	3	5	2	--
Dinamarca	4½	5	NO	NO	3½	3½	1	1
España	4	3	NO	NO	4	3	--	--
Francia	3	3	NO	NO	3	3	--	--
Grecia	3	3	NO	NO	2	2	1	1
Holanda	5	5	NO	SI	3	3	2	2
Irlanda	6-7	7	NO	NO	2	--	4-5	--
Italia	3	3-4	NO	NO	3	3	--	--
Luxemburgo	4	5	--	NO	4	5	--	--
Reino Unido	7	7	NO	NO	2	3	5	4

Fuentes: (1) L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Bureau Régional de l'Europe. OMS. Premier rapport complémentaire. 1979. Copenhague.

(2) Graduate medical education in the European Region. Euro reports and Studies 77. OMS. Regional office for Europe. Copenhague 1983.

6.2. Desarrollo del programa MIR de formación posgraduada (1976-1984)

El análisis realizado en los capítulos anteriores pone de manifiesto que en la actualidad España dispone de un número de médicos por habitante por encima de la media europea, y que las expectativas de creación de empleo médico son escasas, salvo en determinadas especialidades médicas y áreas geográficas.

Otra observación es la reducción de alumnos en el primer curso del pregrado, después de la implantación del "numerus clausus" en las Facultades de Medicina. De 22.128 admisiones en 1975 se ha pasado a 6.725 en 1983.

Los sistemas de formación postgraduada de médicos deben tener en cuenta forzosamente estas evidencias, y adaptarse así a las necesidades sociales actuales y previsibles en un futuro.

En el Real Decreto 127/1984 de 11 de Enero, por el que se regula la formación médica y la obtención del título de especialista, ya se tienen en cuenta aquellos factores que han modificado en alguna forma la realidad social en los últimos años (Estado de las Autonomías, posible integración en la C.E.E., Ley de Reforma Universitaria, para médico...). El Real Decreto contempla la necesidad de seguir con el sistema de residencia para la formación en las especialidades hospitalarias, pero al mismo tiempo también tiene en cuenta la saturación actual de estas especialidades en la red hospitalaria. En aquellas especialidades que existe un déficit (odontología y Salud Pública) se definen otras formas de acceso a la obtención del título de especialista.

Por último, se da la posibilidad de un año de formación postgraduada para aquellos nuevos licenciados que se dedicarán a la asistencia primaria y no hayan realizado la especialización por el sistema M.I.R.

El programa MIR es y ha sido la vía principal de formación de postgrado especializado en España.

Aunque, en los inicios, el Internado Rotatorio trataba de corregir la deficiente formación práctica del pregrado, su desaparición convirtió a la residencia en una vía de formación especializada.

La afirmación inicial debe ser matizada puesto que hasta 1980 se podría obtener el título de especialista por otras vías: Escuela Profesional, superación de examen en la Facultad de Medicina, etc. Estas modalidades no podían considerarse de formación especializada sino más bien un método de obtener un requisito administrativo preciso para ocupar determinados puestos de trabajo de la especialidad.

El programa MIR se pone en funcionamiento cuando un grupo de Médicos instauran en 1963 un programa de Internado Rotativo y Residencia en el Hospital General de Asturias.

Durante muchos años las plazas se convocaban dispersamente, los programas eran, en contenido y duración, diversos y la selección, descentralizada.

En definitiva no existían criterios homogéneos de formación y selección. El primer intento de planificación y reforma del sistema se realiza en 1977 mediante la creación del "Plan Nacional de Formación de postgraduados", que unificó los criterios de formación del

postgraduado a nivel estatal, creó una convocatoria estatal única con examen unificado, especificó los contenidos de los programas de formación y fue vinculando progresivamente las diferentes entidades y colectivos interesados.

Nuestro análisis comienza en 1976 puesto que la dispersión de convocatorias y heterogeneidad de centros y programas hacía difícil y poco útil un análisis más retrospectivo.

Con posterioridad, este proceso se ha ido consolidando, y con la incorporación de la figura del médico residente de familia, se ha llegado hasta la actualidad.

A partir de 1978 también se comienza una gradual pero continuada reducción de las plazas convocadas, y ello es debido a que, aunque se desconocían las necesidades a medio y largo término de las diversas especialidades y no se había hecho ningún tipo de precisión, se comenzaba ya a asistir a una subocupación e infrautilización de especialistas.

No obstante, la disminución del número de plazas, necesaria, no fue seguida de una racionalización de distribución de las especialidades de acuerdo con los déficits sanitarios del sistema sanitario español.

Así, durante algunos años se continúa convocando un número excesivo de algunas especialidades (cuidados intensivos, cirugía vascular, etc...). Los déficits cuantitativos y cualitativos de la red hospitalaria española hicieron que durante los primeros años los especialistas fueran rápidamente absorbidos por el aumento de personal y su diversificación que conlleva el modelo

de organización hospitalaria moderna y por la necesidad imperiosa de formar especialistas técnicamente cualificados en los nuevos campos de la medicina y en los nuevos métodos terapéuticos y diagnósticos.

El punto de inflexión que la crisis económica supuso para el desarrollo hospitalario, unido a la nueva concepción sanitaria de potenciar la Asistencia Primaria, supusieron unos factores de cambio que no fueron incorporados con rapidez a los programas de formación postgraduada y durante un tiempo se siguió con nuevas convocatorias menores en número de plazas pero muy similares en distribución.

Finalmente, como ya hemos indicado, el R.D. 127/1984 de 11 de enero de formación médica especializada hace, en la práctica, de la residencia la única vía de acceso al título de especialista, con la salvedad de las vías excepcionales para la Medicina Preventiva y la Odontología.

Con ello se cierra un período que se inició con la Ley 20/7/1955 sobre Enseñanza, Título y Ejercicio de las Especialidades Médicas, que había creado una situación confusa y cambiante a través de las sucesivas modificaciones, y que en ningún caso llegó a asimilar la titulación de especialistas con el reconocimiento oficial de una formación adecuada y demostrada en un área de la medicina. Las disposiciones transitorias siempre permitieron vías anómalas tanto en la ley de 1955 como en las posteriores Orden de 1962, R.D. 2015/1978 y R.D. 1/1981 sobre las prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas.

En definitiva, la titulación de especialistas, a partir de 1984, se puede considerar como la certificación oficial que se ha completado a satisfacción y en un centro acreditado un Programa de residencia.

Todo lo hasta ahora expuesto supone un avance sustancial hacia una ordenación de la especialización médica que permita la coordinación de la planificación de los recursos humanos médicos con las necesidades sanitarias de la población y los recursos económicos dedicados a la asistencia sanitaria.

El programa MIR en España: evolución del 1976 al 1984

En el período de 1976-1984 el número de médicos que ha accedido a la especialización por el sistema MIR y bajo un programa común ha sido muy importante. En efecto, durante estos años se ha convocado un total de 18.319 nuevas plazas (no contabilizamos las de médicos internos) mientras que en este mismo período se licenciaron 58.294 médicos. Esto significa que el sistema MIR ha dado la posibilidad de especializarse al 31% de los médicos que se ha licenciado en el período considerado. El resto de médicos no se ha especializado, o al menos no lo ha hecho por el sistema MIR. Es difícil de valorar estos datos, a falta de referencias de otros sistemas sanitarios y de la consideración, a priori, de las necesidades de médicos especialistas en España. Sin embargo, parece evidente que las posibilidades de especialización han sido razonables si aceptamos que el número de médicos no especialistas debe ser superior al de especialistas. Esta propuesta se cumple en España, pero tendría un

significado más positivo si los médicos que no han seguido la vía de especialización MIR hubieran contado con posibilidad de formación post-graduada de calidad similar, especialmente en el área de asistencia primaria.

En la actualidad hay 8.629 médicos en los diversos años del programa de residentes (MIR), lo que hace prever un promedio de salida de 1.900 especialistas/año hasta 1987. Esta cifra tendrá carácter degresivo, de manera que si en 1984 se prevé la salida de 2.094 nuevos especialistas, en 1987 serán 1.698 los médicos que obtendrán título de especialista por vía MIR (Tabla 6.29).

A partir del año 1978, en que se convocan 4.119 plazas, se produce una inflexión en la convocatoria de plazas de formación postgraduada que van disminuyendo progresivamente hasta alcanzar su número más bajo en 1984 (1.345 plazas). (Figura 6.1 y tabla 6.25).

Por el contrario, el año 1984 ha significado el mayor diferencial entre médicos graduados y plazas MIR convocadas. Esto se debe, además del fenómeno anterior, a que todavía en 1983 se licenciaron 10.346 médicos que vinieron a añadirse a los aspirantes sin plazas acumulados en años anteriores (figura 6.1 y tabla 6.26). Esto ha provocado un crecimiento intenso del nivel de competencia para obtener una plaza de MIR. Si, hasta 1980, cada 3 médicos se disputaban en el peor de los casos una plaza MIR (incluso existen proporciones más favorables), después de esta fecha, los términos de la proporción se distancian, compitiendo 10 o más médicos por una plaza.

Estamos, pues, asistiendo, al mismo tiempo, al final de una época caracterizada por ingresos masivos a las facultades de medicina (que tuvo su máximo en 1976-77 con 22.554 ingresos de los cuales se licenció el 52% en 1983) y a la consolidación de una nueva época caracterizada por una reducción drástica, pero tardía, en el número de estudiantes y por una reducción también muy notoria en las plazas MIR convocadas. En la actualidad, el exceso acumulado de graduados sin acceso a la especialización debe superar los 39.000 por lo que es difícil prever que este proceso se regularice en un período inferior a los 7-10 años.

El descenso progresivo en el número de plazas convocadas para médicos residentes se debe a una tasa alta de especialización y a un stock de médicos especialistas elevado. Si en los próximos años se interrumpiera el acceso a la formación de especialistas hospitalarios, no se crearían problemas en la cantidad disponible de estos profesionales. Sin embargo, proceder así sería un error, ya que el médico residente desempeña en el hospital un papel fundamental en el engranaje de una atención hospitalaria correcta. Se debe llegar a un equilibrio entre la falta de necesidad de médicos especialistas (actualmente el sistema sanitario español no puede absorber a todos los MIR que terminan el período de formación) y la imposibilidad de interrumpir los programas de residencia.

En la figura 6.2. hemos agrupado las diferentes especialidades en ocho grandes bloques. Las plazas adjudicadas por el sistema MIR durante el período 1976-1984

lo fueron en su mayor parte para Servicios Generales (21,2% del total), Medicina y especialidades médicas (20,6%) y Cirugía y especialidades quirúrgicas (16,3%). A continuación figuran las especialidades médico-quirúrgicas (11,7%), la Medicina Familiar y Comunitaria (que con el 11,7% está relativamente muy representada, a pesar de que las primeras plazas convocadas lo fueron en 1979), la Pediatría (8,8%), la Obstetricia y Ginecología (5,9%) y la Psiquiatría, con el porcentaje extraordinariamente bajo de 1,5%.

La figura 6.3 muestra las plazas adjudicadas por especialidad durante el período 1976-1984. El mayor número de plazas convocadas y adjudicadas corresponde a las especialidades de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Pediatría, Anestesiología y Obstetricia y Ginecología, con más de 1.000 plazas en los cinco casos.

Las especialidades con menor número de plazas son Geriatria, Farmacología Clínica (excluidas las plazas para Farmacéuticos) e Inmunología, con menos de 50 plazas para cada una de ellas. El resto de especialidades se sitúa entre ambos extremos, con valores distribuidos muy heterogéneamente.

Consideraciones en torno a la evolución del número de plazas adjudicadas para cada especialidad (1976-1984)

El período estudiado se inicia en 1976 puesto que anteriormente las convocatorias de plazas MIR no eran realizadas de forma única y centralizada. Por ello, es muy difícil conocer los efectivos de médicos especialis-

tas formados en el Estado Español antes de 1976, lo que a su vez impide (o al menos hace muy complicado) analizar la evolución del número de plazas desde la creación del sistema MIR. En ausencia de criterios consolidados, y para obtener unos resultados directos y sencillos, hemos analizado la evolución de las plazas de cada especialidad dividiendo el período de nueve años en tres tramos: los cuatrienios 76-79 y 80-83, y la última convocatoria (1984). En los cuatrienios se ha buscado la media anual para poder realizar comparaciones con 1984. Los datos se analizan a partir de los números absolutos, es decir número total o media en su caso de plazas convocadas de cada especialidad, y se observa el incremento o disminución porcentual, entre los períodos estudiados. En segundo lugar se busca la proporción porcentual de los números absolutos sobre el total de plazas convocadas. Así detectamos especialidades que han disminuido el número de plazas convocadas, pero que aumentan proporcionalmente respecto al total.

Durante el período 76-79 y 80-83 (tabla 6.27) hay 22 especialidades que presentan una tendencia al crecimiento, encabezadas por Bioquímica Clínica, Inmunología, Oncología y Reumatología. Las 22 especialidades restantes experimentan un decrecimiento, destacando Cirugía General que ve reducidos los efectivos formados durante el segundo cuatrienio en más de ocho veces.

La ausencia en estas convocatorias de criterios conocidos para dotar un número de plazas en cada especialidad, hace aventurado emitir conclusiones y encontrar rasgos comunes al analizar la evolución de las pla-

zas de formación postgraduada. En general, parece que durante el segundo cuatrienio se han convocado más plazas de aquellas especialidades consideradas como "nuevas" y que, justificada o injustificadamente, aparecen como más imprescindibles, escasas, o, sencillamente, de moda (Inmunología, Reumatología, Medicina Familiar, etc.). Por el contrario, uno de los rasgos de las especialidades con tendencia decreciente es el pertenecer a las ramas quirúrgicas de la medicina.

En la convocatoria de 1984, se refleja una nueva concepción de la formación especializada que ante un mercado de especialistas saturado, trata de adaptarse a las prioridades y necesidades de un futuro S.N.S. Es decir, que priman las especialidades llamadas a ejercer en el marco de la atención primaria (Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Pediatría y Psiquiatría).

En efecto, las especialidades que han visto convocadas un mayor número de plazas en 1984 han sido por este orden: Medicina Familiar y Comunitaria (con 386), Pediatría (115), Medicina Interna (80), Psiquiatría (53) y Oftalmología (50) (tabla 6.28).

En términos relativos, y comparando con la distribución de plazas de las anteriores convocatorias, las plazas con mayor crecimiento han sido: Inmunología, Cirugía máxilo-facial, Psiquiatría, Medicina Preventiva y Salud Pública, O.R.L., Geriatria, Medicina Familiar y Comunitaria y Microbiología.

Por el contrario, las especialidades que han experimentado en 1984 un descenso relativo mayor respecto al cuatrienio 1980/83 son: Aparato digestivo, Medicina In-

tensiva, Cardiología, Obstetricia y Ginecología, Neurocirugía, Traumatología, Cirugía General, Radiodiagnóstico, Medicina Interna, Endocrinología y Nutrición, Neumología, Anestesiología y Cirugía del Aparato Digestivo.

Desde una perspectiva planificadora, el principal objetivo que debe cubrir un programa de Formación post-graduada MIR es la adecuación entre las necesidades médicas que se reflejan en la red asistencial y la capacidad formativa de especialistas del sistema.

Existen múltiples incertidumbres en la pretensión de tal equilibrio: innovaciones tecnológicas, cambios demográficos de la población y de las profesiones, cambios en la lista de especialidades, cambios en las prioridades sociales en el sector sanitario, etc. Por este motivo debe buscarse un equilibrio flexible basado en la capacidad de actuar con celeridad frente a los cambios mencionados.

Además, el reciente decreto sobre especialización médica prevé la reducción del número de especialidades a través de la creación de troncos comunes que formen especialistas con un mayor grado de polivalencia. Este es un motivo más para no individualizar en números exactos las necesidades de las actuales especialidades, dado el probable cambio de la estructura de la especialización médica.

Por último, cualquier valoración de las necesidades a corto plazo de médicos especialistas debe tener en cuenta los médicos que están ahora en período de especialización y que finalizarán su formación de especialistas en los próximos años. Durante el período

1984-1987 está prevista la incorporación al mercado de 7.570 especialistas más (tabla 6.29 y figura 6.4), así como la posible expansión, hoy por hoy poco probable, del sector hospitalario o al menos los plazos de apertura de las 12.137 camas de hospital en construcción en el sector público.

Evolución del número de hospitales con programa de formación postgraduada

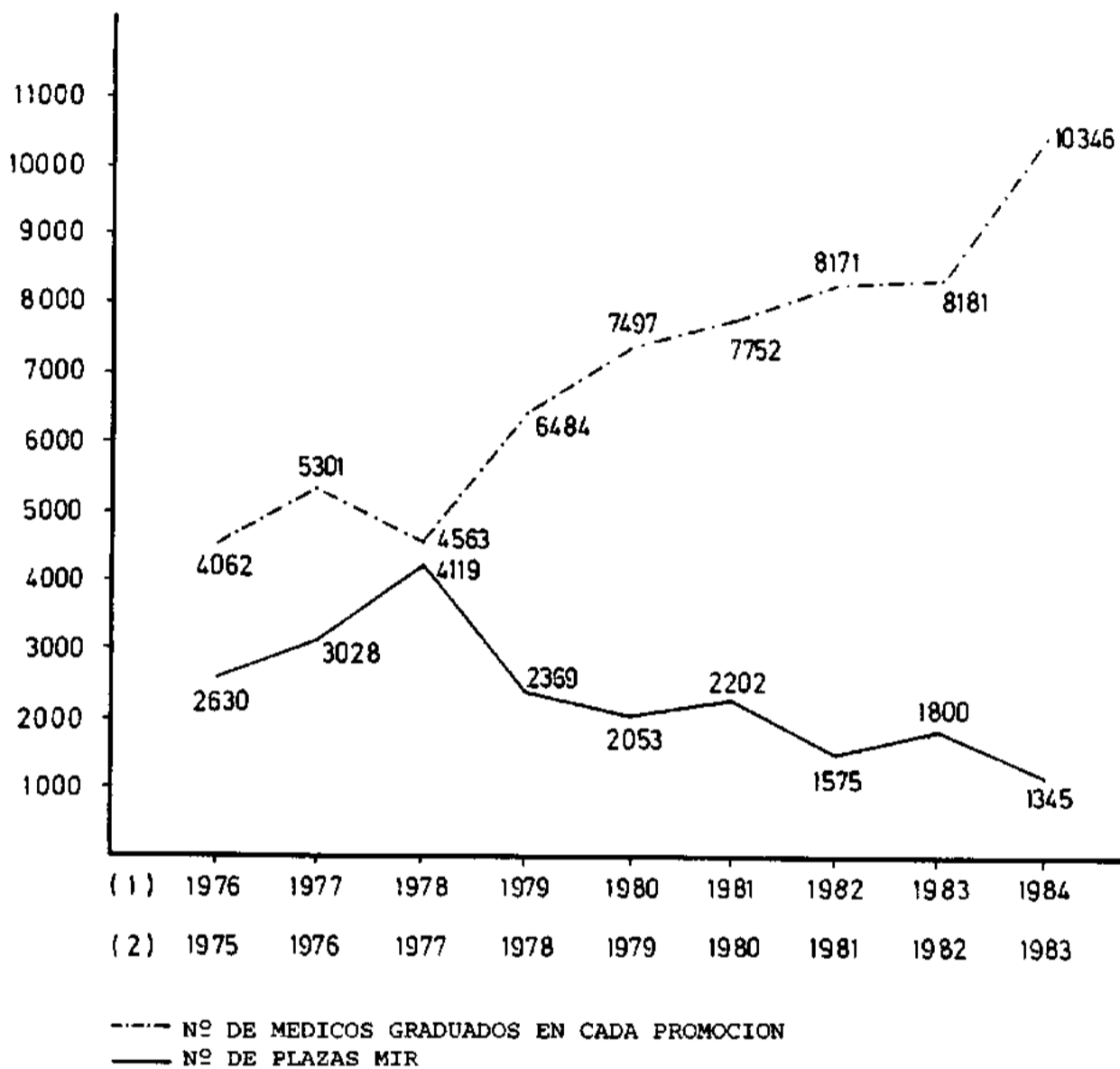
La evolución del número de Instituciones Hospitalarias adscritas al programa M.I.R. (Tabla 6.30 y figura 6.5) registra un aumento de 18 hospitales en los últimos cinco años. Este aumento ha sido a expensas básicamente de hospitales no pertenecientes al INSALUD (cuya cifra ha pasado de 55 a 60 hospitales adscritos al programa MIR), y fundamentalmente por la incorporación de los englobados en el epígrafe "otros" (Provinciales, Benéfico-Privados), lo que indica la aceptación por los centros docentes, a pesar de la resistencia inicial, del Programa Nacional. A esta positiva evolución no es ajena la normativa de la obtención del título de especialista que de alguna manera obliga a las instituciones a incorporarse al examen nacional único, elemento más conflictivo, desde su punto de vista, del Plan Nacional de Postgraduados.

Por otro lado, destaca la concentración de recursos docentes en Madrid y Barcelona, consecuencia de un mayor número de recursos asistenciales. En cualquier

caso, es de destacar que todas las C.C.A.A. tienen, al menos, un centro que participa del programa Nacional de Postgraduados.

Así, observamos que la disminución del número de plazas convocadas no ha ido acompañada de un menor número de instituciones hospitalarias adscritas al programa MIR. La disminución del número de plazas por centro y servicio debe ser contemplado con aprensión pues un escaso número de médicos en formación puede dar lugar a una disminución de la calidad de la docencia.

FIGURA 6.1. EVOLUCION DEL NUMERO DE PLAZAS MIR Y EL NUMERO DE MEDICOS GRADUADOS EN CADA PROMOCION.

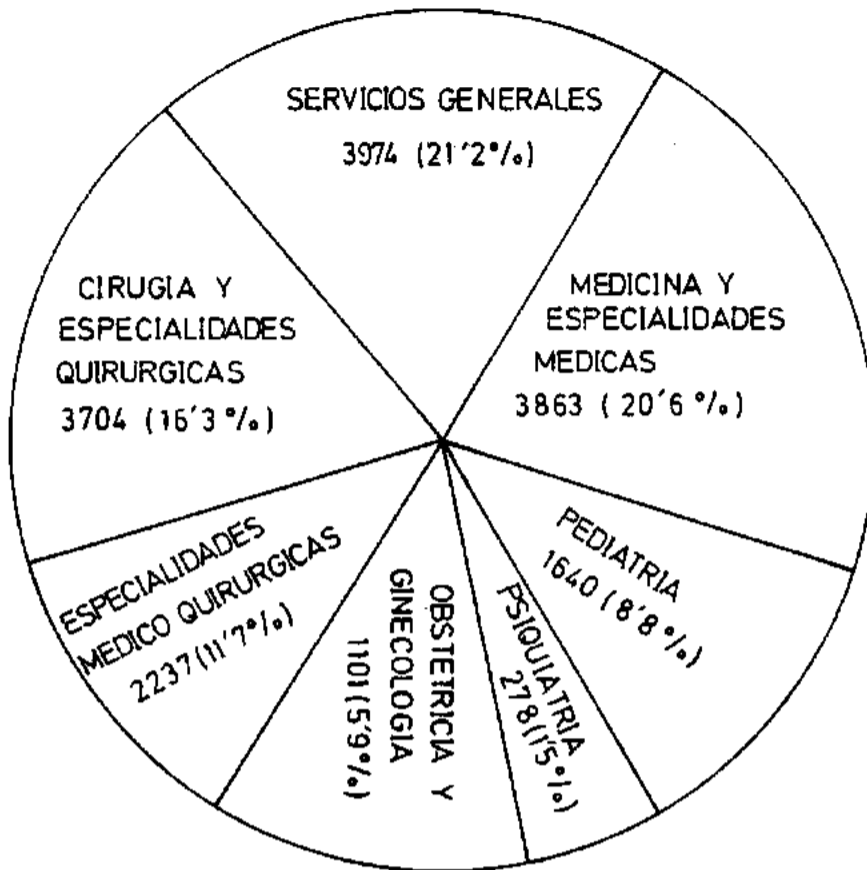


(1) Año de incorporación en el MIR.

(2) Años de licenciatura correspondiente a la promoción que puede presentarse por primera vez a la convocatoria MIR, que corresponde a (1).

Fuente: Elaboración propia a partir de Estadística Universitaria Española. MEC. Madrid 1984. BOE de cada convocatoria MIR.

FIGURA 6.2. DISTRIBUCION DEL NUMERO TOTAL DE PLAZAS MIR ADJUDICADAS DURANTE EL PERIODO 1976-1984, SEGUN OCHO GRANDES BLOQUES DE ESPECIALIDADES (MEDICOS INTERNOS EXCLUIDOS).

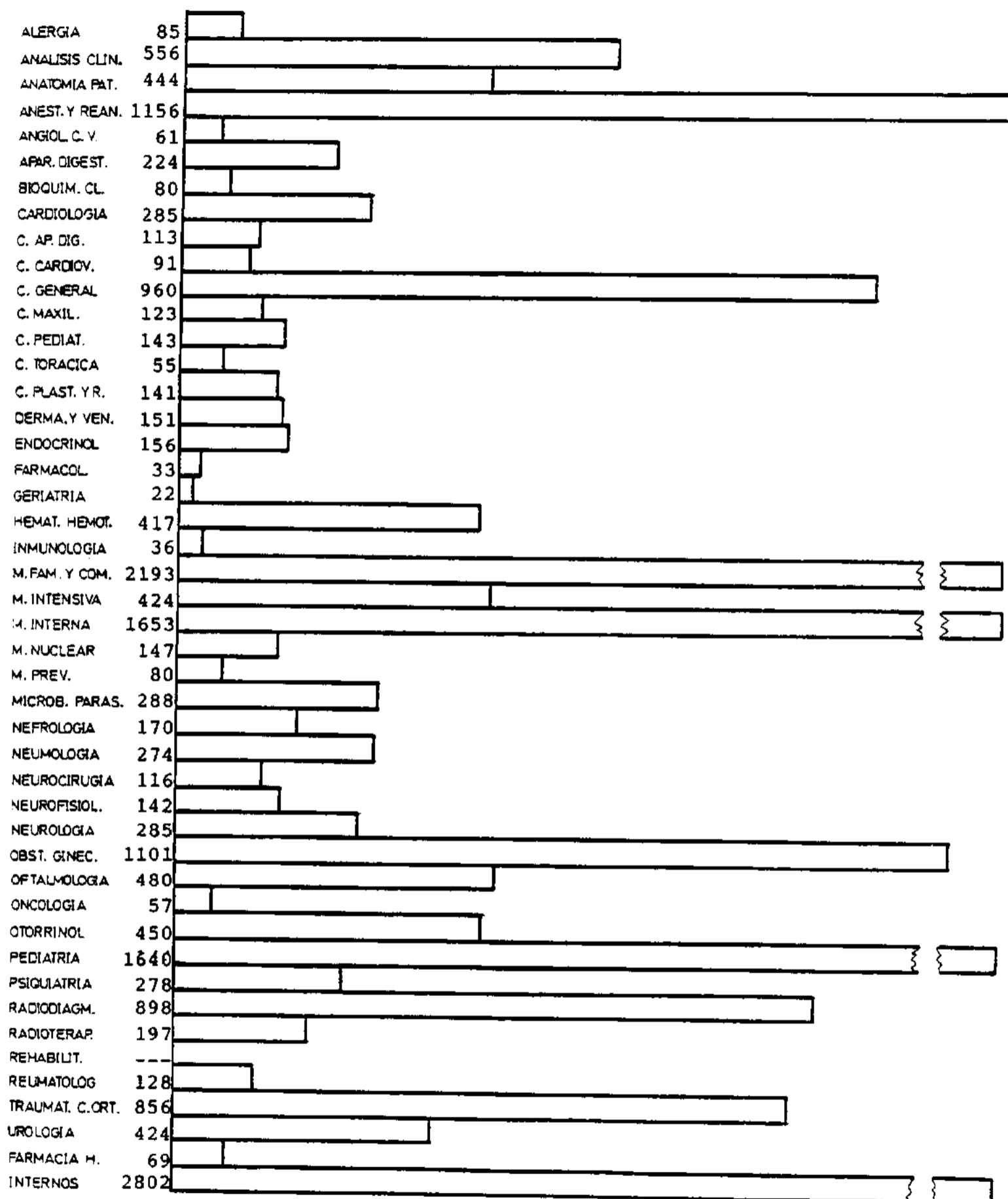


Fuente: Convocatorias anuales en el BOE. elaboración propia.

(1) Distribución de las especialidades en ocho grandes bloques:

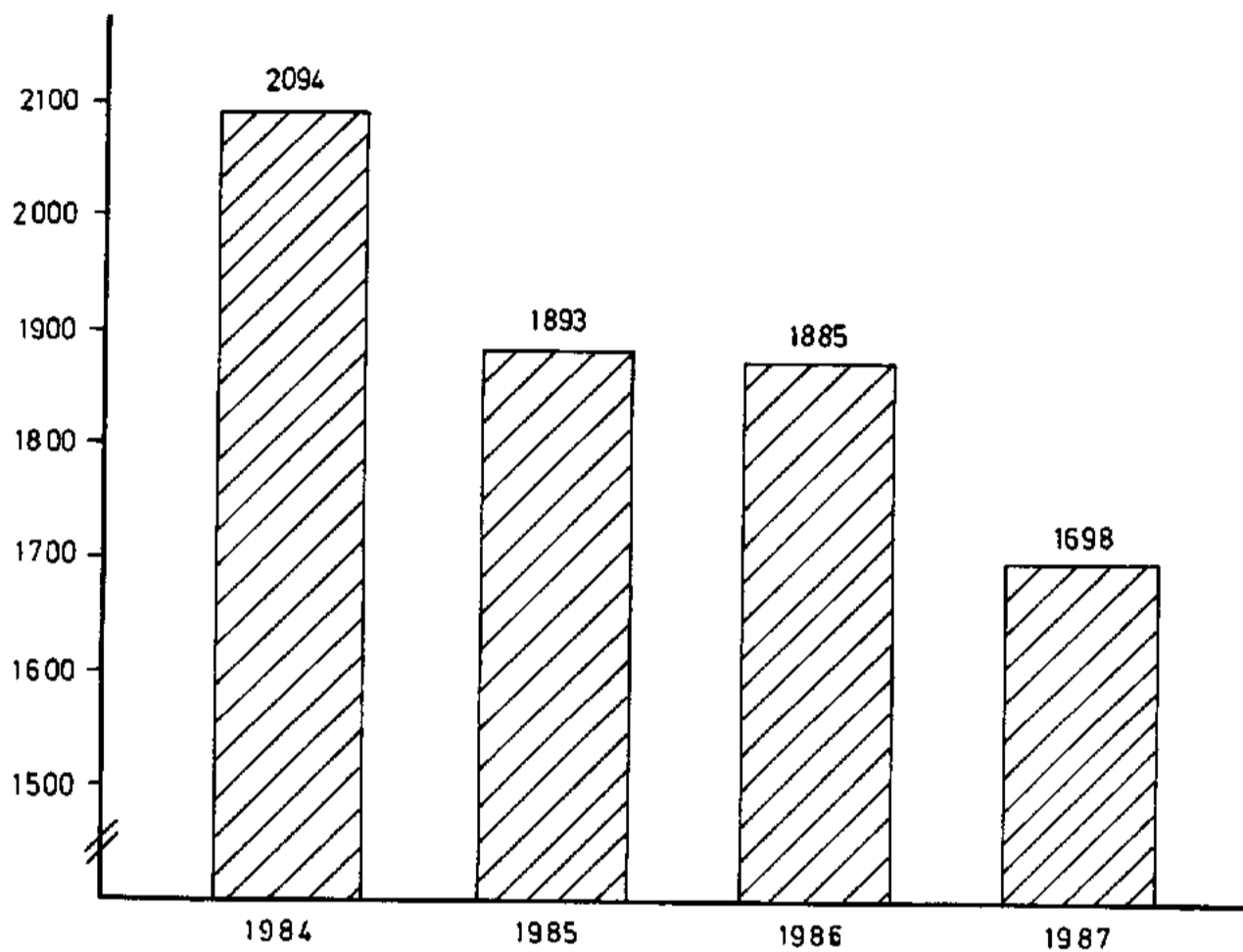
- Medicina y especialidades médicas: Alergia, Aparato Digestivo, Cardiología, Endocrinología y Nutrición, Geriatria, Inmunología, Neurofisiología clínica, Medicina Interna, Medicina Intensiva, Nefrología, Neumología Oncología, Reumatología y Urología.
- Cirugía y especialidades quirúrgicas: Angiología y Cirugía Vascular, C. del Aparato Digestivo, C. Cardiovascular, C. General, C. Maxilofacial, C. Torácica, C. Plástica y Reparadora, Neurocirugía, C. Pediátrica, Traumatología y C. Ortopédica.
- Especialidades médico-quirúrgicas: Anestesiología-Reanimación, Dermatología, Otorrinolaringología, Oftalmología.
- Servicios generales: Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Bioquímica Clínica, Farmacología Clínica, Farmacia Hospitalaria, Hematología-Hemoterapia, Medicina Nuclear y Preventiva y de Salud Pública, Microbiología, Radiodiagnóstica, Radioterapia, Rehabilitación.
- Pediatría.
- Obstetricia y Ginecología.
- Medicina Familiar y Comunitaria.
- Psiquiatría.

FIGURA 6.3. PLAZAS ADJUDICADAS PARA FORMACION POST-GRADUADA POR EL SISTEMA MIR. DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES DURANTE EL PERIODO 1976-1984.



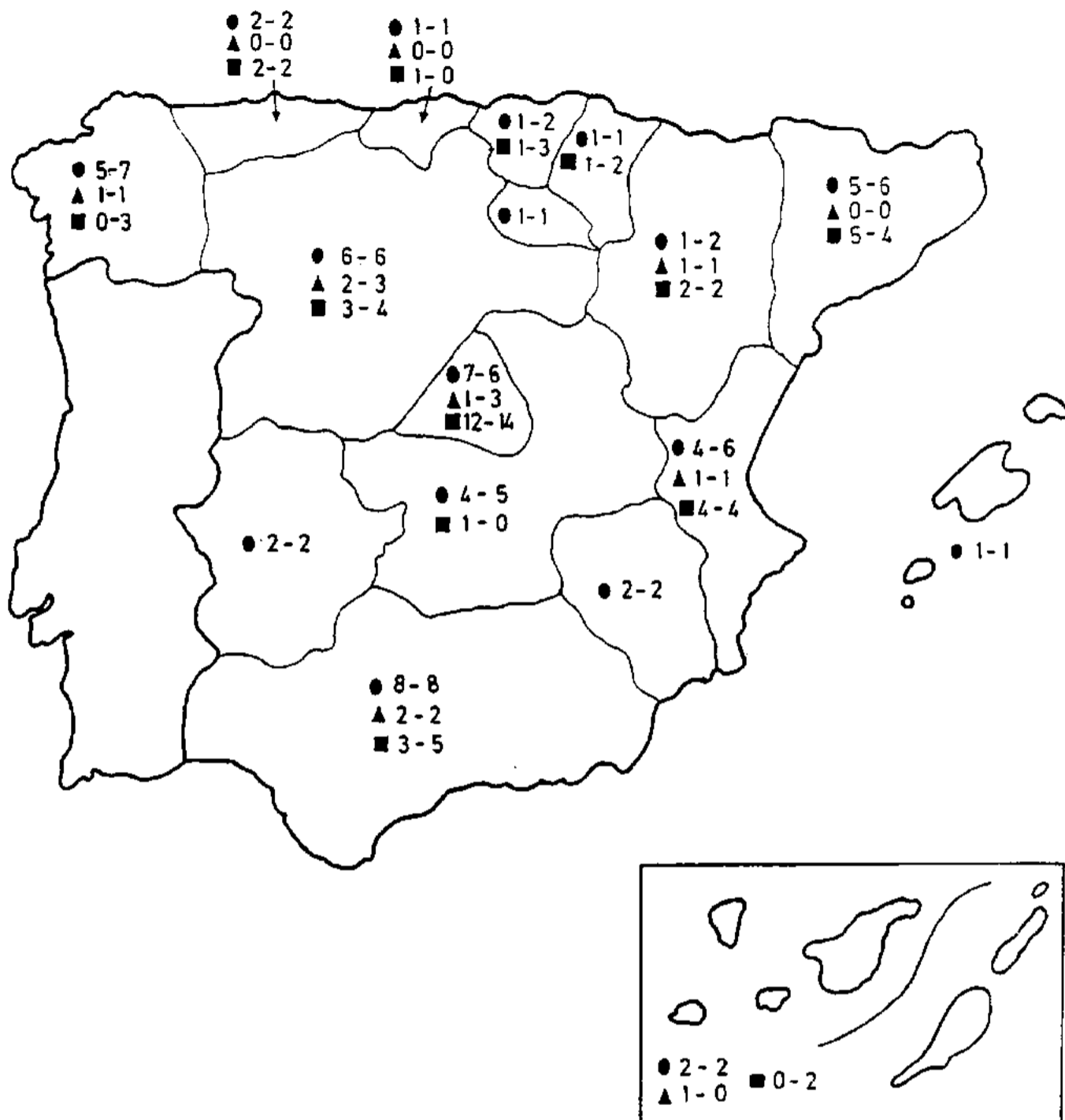
Fuente: BOE de cada convocatoria MIR. Elaboración propia.

FIGURA 6.4. NUMERO DE ESPECIALISTAS FORMADOS POR LA VIA MIR QUE OBTENDRAN EL TITULO EN LOS SIGUIENTES AÑOS.



Fuente: BOE de cada convocatoria MIR. Elaboración propia.

FIGURA 6.5. INSTITUCIONES HOSPITALARIAS CON PROGRAMA MIR. DISTRIBUCION POR CCAA (1979-1984).



Fuente: BOE de cada convocatoria MIR. Elaboración propia.

TABLA 6.25. PROGRAMA DE ESPECIALIZACION MIR. EVOLUCION DE LAS PLAZAS CONVOCADAS DESDE 1.976.

AÑO	Nº DE PLAZAS CONVOCADAS PARA MEDICOS		Nº DE PLAZAS CONVOCADAS TOTAL PARA MIR
	Internos	Residentes	
1.976	687	1.943	2.630
1.977	727	2.301	3.028
1.978	1.108	3.011	4.119
1.979	280	2.089	2.369
1.980	--	2.053	2.053
1.981	--	2.202	2.202
1.982	--	1.575	1.575
1.983	--	1.800	1.800
1.984	--	1.345	1.345

TOTAL	2.802	18.319	21.121

Fuente: B O E de cada convocatoria. Elaboración propia.

TABLA 6.26. COMPARACION ENTRE EL NUMERO DE MEDICOS LICENCIADOS Y EL NUMERO DE PLAZAS CONVOCADAS POR EL SISTEMA MIR (PERIODO 1976-1984).

MEDICOS LICENCIADOS		PLAZAS MIR		DIFERENCIA
Año	Número (a)	Año incorporación	Número (b)	(a-b)
1.976	5.301	1.977	3.028	2.273
1.977	4.563	1.978	4.119	444
1.978	6.484	1.979	2.369	4.115
1.979	7.497	1.980	2.053	5.444
1.980	7.752	1.981	2.202	5.550
1.981	8.170	1.982	1.575	6.595
1.982	8.181	1.983	1.800	6.381
1.983	10.346	1.984	1.345	9.001

TOTAL	58.294		18.491	39.803

Fuente: I.N.E.

B.O.E de cada convocatoria; elaboración propia.

TABLA 6.27. TENDENCIA DEL NUMERO DE PLAZAS DE ESPECIALISTAS FORMADOS POR EL SISTEMA MIR DURANTE EL PERIODO 1976-1983.

ESPECIALIDADES	PLAZAS CONVOCADAS (Nº ABSOLUTOS)			PROPORCION DE PLAZAS DE CADA ESPECIALIDAD SOBRE EL TOTAL DE PLAZAS CONVOCADAS		
	Media 76-79	Media 80-83	Incremento 80-83 Sobre 76-79 (%)	76-79	80-83	Incremento 80-83 Sobre 76-79 (%)
Bioquímica Clínica	1,00	15,00	+ 1400	0,004	0,82	+ 1950
Oncología	2,00	10,50	+ 425	0,09	0,57	+ 533
Reumatología	4,50	22,50	+ 400	0,20	1,18	+ 490
Farmacología clínica	1,25	6,00	+ 380	0,05	0,33	+ 560
Aparato digestivo	9,75	44,50	+ 356	0,43	2,42	+ 462
Cirugía del aparato digestivo	5,00	19,50	+ 290	0,22	1,02	+ 363
Geriatría	1,00	3,50	+ 250	0,04	0,19	+ 375
Inmunología	0,75	2,25	+ 200	0,03	0,12	+ 300
Medicina familiar y comunitaria	124,00	338,50	+ 172	5,42	17,85	+ 229
Endocrinología y nutrición	9,75	26,25	+ 169	0,43	1,43	+ 232
Alergia	4,75	12,25	+ 157	0,21	0,65	+ 209
Medicina preventiva y Salud pública	4,75	11,75	+ 147	0,21	0,64	+ 204
Dermatología	12,50	23,75	+ 90	0,55	1,15	+ 109
Neurología	22,00	41,75	+ 89	0,96	2,13	+ 121
Angiología y C. Vascular	5,00	8,25	+ 65	0,22	0,43	+ 95
Medicina Nuclear	14,50	19,25	+ 32	0,63	1,05	+ 66
Radioterapia	20,25	24,00	+ 18	0,88	1,30	+ 47
Cardiología	32,25	36,75	+ 13	1,41	2,00	+ 41
Obstetricia y Ginecología	104,00	110,75	+ 6	4,54	5,81	+ 27
Pediatría	187,25	194,00	+ 3	8,18	10,54	+ 28
Neumología	42,75	42,75	0	1,87	2,24	+ 19

..../....

.../...

ESPECIALIDADES	PLAZAS CONVOCADAS (Nº ABSOLUTOS)			PROPORCIÓN DE PLAZAS DE CADA ESPECIALIDAD SOBRE EL TOTAL DE PLAZAS CONVOCADAS		
	Media 76-79	Media 80-83	Incremento 80-83 Sobre 76-79 (%)	1976-79	1980-83	Incremento 80-83 Sobre 76-79 (%)
Medicina interna	235,00	183,00	- 22,1	10,27	9,96	- 3,0
Oftalmología	61,75	45,75	- 25,9	2,70	2,49	- 7,7
Neurología	23,25	16,50	- 29,0	1,02	0,90	- 11,7
Radiodiagnóstico	128,00	87,50	- 31,6	5,59	4,76	- 14,8
Microbiología	41,00	26,00	- 36,5	1,79	1,36	- 24,0
Anatomía patológica	64,75	40,50	- 37,4	2,83	2,20	- 22,2
Urología	62,25	36,50	- 41,3	2,72	1,98	- 27,2
Medicina Intensiva	68,75	35,50	- 48,3	3,00	1,93	- 35,6
Traumatología. Cirugía ortopédica	136,75	70,25	- 48,6	5,97	3,82	- 36,0
O.R.L.	70,00	33,00	- 52,8	3,06	1,79	- 41,5
Cirugía plástica y reparadora	22,75	10,25	- 54,9	0,99	0,56	- 43,4
Anestesiología y reanimación	205,25	79,00	- 61,5	8,97	4,14	- 55,8
Cirugía Maxilofacial	20,25	7,75	- 61,7	0,88	0,42	- 52,2
Cirugía general	208,25	74,00	- 64,4	9,10	1,30	- 85,7
Hematología y Hemoterapia	75,25	25,00	- 66,7	3,29	1,36	- 58,6
Cirugía pediátrica	26,75	7,75	- 71,0	1,17	0,41	- 64,9
Neurocirugía	20,00	5,50	- 72,5	0,87	0,29	- 66,6
Cirugía torácica	11,00	2,75	- 75,0	0,48	0,15	- 68,7
Análisis clínicos	117,25	28,75	- 75,4	5,12	1,51	- 70,5
Neurofisiología	29,25	6,25	- 78,6	1,28	0,34	- 73,4
Farmacología hospitalaria	14,75	2,50	- 83,0	0,64		

Fuente: BOE de cada convocatoria. Elaboración propia.

TABLA 6.28. TENDENCIAS EN EL NUMERO DE PLAZAS DE ESPECIALISTAS FORMADOS POR EL SISTEMA MIR DURANTE EL PERIODO 1980-1984.

ESPECIALIDADES	PLAZAS CONVOCADAS (Nº ABSOLUTOS)			PROPORCION DE PLAZAS DE CADA ESPECIALIDAD SOBRE EL TOTAL DE PLAZAS CONVOCADAS		
	Media 80-83	Total 84	Incremento 84 sobre 80-83 (%)	1980-83	1984	Incremento 84 sobre 80-83 (%)
Inmunología	2,25	6	+166,6	0,12	0,45	+275,0
C. Maxilofacial	7,75	11	+ 41,9	0,42	0,82	+ 94,7
Psiquiatría	39,00	53	+ 35,9	2,12	3,94	+ 84,9
M. Preventiva y S.P.	11,75	14	+ 19,1	0,64	1,04	+ 62,5
O.R.L.	33,00	38	+ 15,1	1,79	2,83	+ 58,1
Geriatría	3,50	4	+ 14,2	0,19	0,30	+ 57,8
M. Familiar y Comun.	338,50	383	+ 13,1	17,75	28,48	+ 60,4
Microbiología	26,00	29	+ 11,5	1,36	2,16	+ 58,8
Angio. y C. Vascular	8,25	9	+ 9,0	0,43	0,67	+ 55,8
Oftalmología	45,75	50	+ 9,2	2,49	3,72	+ 49,4
Bioquímica	15,00	16	+ 6,6	0,82	1,19	+ 45,1
Anatomía Patolo.	40,50	43	+ 6,1	2,20	3,20	+ 45,4
Reumatología	22,50	23	+ 2,2	1,18	1,71	+ 44,9
Neurología	41,75	40	- 4,1	2,19	2,97	+ 35,6
Alergiología	12,25	11	- 10,2	0,64	0,82	+ 28,1
A. Clínicos	28,75	26	- 9,5	1,51	1,93	+ 27,8
C. Plástica y R.	10,25	9	- 12,2	0,56	0,67	+ 20,3
Radioterapia	24,00	20	- 16,2	1,30	1,49	+ 14,6
Urología	36,50	27	- 26,0	1,98	2,01	+ 1,5

.../...

.../...

ESPECIALIDADES	PLAZAS CONVOCADAS (Nº ABSOLUTOS)			PROPORCIÓN DE PLAZAS DE CADA ESPECIALIDAD SOBRE EL TOTAL DE PLAZAS CONVOCADAS		
	Media 80-83	Total 84	Incremento 84 sobre 80-83 (%)	1980-83	1984	Incremento 84 sobre 80-83 (%)
Dermatología	23,75	16	- 32,6	1,25	1,19	- 4,8
Oncología	10,50	7	- 33,3	0,57	0,52	- 8,7
Nefrología	16,50	11	- 33,3	0,90	0,82	- 8,8
Farmacología	6,00	4	- 33,3	0,33	0,30	- 9,0
C. Pediátrica	7,75	5	- 35,4	0,41	0,37	- 9,7
Hematología	25,00	16	- 36,0	1,36	1,19	- 12,5
M. Nuclear	19,25	12	- 37,6	1,05	0,89	- 14,2
Pediatría	194,00	115	- 40,7	10,54	8,55	- 18,8
C. Ap. Digestivo	19,50	11	- 43,5	1,02	0,83	- 19,6
Anestesiología	79,00	39	- 50,6	4,14	2,90	- 29,9
Neumología	42,75	20	- 53,2	2,24	1,49	- 33,4
Endocrino y Nutri.	26,25	12	- 54,2	1,43	0,89	- 37,7
M. Interna	183,50	80	- 56,4	9,96	5,95	- 40,2
Radiodiagnóstico	87,50	37	- 57,7	4,76	2,75	- 42,2
C. General	74,00	31	- 58,1	3,88	2,30	- 40,7
Traumatología	70,25	28	- 60,1	3,82	2,08	- 45,5
Neurocirugía	5,50	2	- 63,6	0,29	0,15	- 48,2
Obstetricia y Gine.	110,75	38	- 65,6	5,81	2,83	- 51,2
Cardiología	36,75	10	- 72,7	1,93	0,74	- 63,0
M. Intensiva	35,50	7	- 80,2	1,93	0,52	- 73,6
Ap. Digestivo	44,50	7	- 84,2	2,42	0,52	- 78,5

Fuente: BOE de cada convocatoria. Elaboración propia.

TABLA 6.29. NUMERO DE MEDICOS ESPECIALISTAS FORMADOS POR LA VIA MIR QUE OBTENDRAN EL TITULO EN LOS SIGUIENTES AÑOS.

ESPECIALIDADES	1984	1985	1986	1987	1988	1989	TOTAL
Alergia	11	13	12	13	11		60
A. Clínicos	30	36	26	26			118
Anat. Patológica	36	47	30	49	43		205
Anestesiología	75	130	61	50	39		355
Angio. C.vascular	7	12	7	7	5	9	47
A. Digestivo	47	44	46	41	7		185
Bioquímica	15	24	15	16			70
Cardiología	23	40	49	18	40	10	180
C. del A. Digest.	10	15	18	25	20	11	99
C. Cardiovascular	9	6	5	-	-	-	20
C. General	127	67	97	61	71	31	454
C. Maxilofacial	-	-	-	7	12	11	30
C. Pediátrica	18	10	1	9	11	5	54
C. Torácica	6	5	6	-	-	-	17
C. Plástica	9	11	13	6	11	9	59
Dermatología	18	22	37	18	16		111
Endocrinología	23	26	30	26	12		117
Farmacología	8	7	4	4			23
Geriatría	3	5	5	1	4		18
Hematología	25	29	16	30	16		116
Inmunología	7	5	7	6	6		31
M. Familiar y com.	398	171	318	383			1270
M. Intensiva	5	30	33	34	45	7	154
M. Interna	215	205	147	167	80		814
M. Nuclear	20	23	19	15	12		89
M. Preventiva	9	22	11	14			56
Microbiología	25	25	31	29			110
Nefrología	20	21	11	14	11		77
Neumología	54	32	45	20			151
Neurocirugía	6	5	8	3	6	2	30
Neurofisiología	-	10	10	5	-		25
Neurología	53	40	37	37	40		207
Obstetricia, Gine.	114	118	97	114	38		481
Oftalmología	46	48	50	39	50		233
Oncología	5	14	13	10	7		49
O.R.L.	37	40	28	27	38		170
Pediatría	217	181	190	115			703
Psiquiatría	29	46	46	35	53		209
Radiodiagnóstico	97	96	86	70	37		386
Radioterapia	24	28	21	23	20		116
Rehabilitación	40	45	45	29	25		184
Reumatología	22	24	24	20	23		113
Traumato., C. Ortop.	105	73	85	56	67	28	414
Urología	46	42	45	26	33	27	219

TOTAL	2094	1893	1885	1698	909	150	8629

Fuente: BOE de cada convocatoria. Elaboración propia.

TABLA 6.30. INSTITUCIONES HOSPITALARIAS CON PROGRAMA MIR POR CCAA (1979-84)

C.C.A.A.	1.979	1.983	1.984
Andalucía	13	12	15
Aragón	4	3	5
Asturias	4	3	4
Baleares	1	1	1
Canarias	3	3	4
Cantabria	2	1	1
Castilla L.M.	5	4	5
Castilla León	11	11	13
Cataluña	10	17	15
C. Valenciana	9	9	11
Extremadura	2	2	2
Galicia	6	9	11
La Rioja	1	1	1
Madrid	20	22	23
Murcia	2	1	2
Navarra	2	5	3
Pais Vasco	8	10	5

TOTAL	103	114	121

Fuente: BOE de cada convocatoria. Elaboración propia.

TABLA 6.31. INSTITUCIONES HOSPITALARIAS CON PROGRAMAS DE FORMACION MIR POR CADA CCAA 1.984.

C.C.A.A.	INSALUD	ESCUELAS H.CLINICO	OTROS	PROFESIO.	TOTAL
Andalucía	8	2	2	3	15
Aragón	2	1	1	1	5
Asturias	2	-	2	-	4
Baleares	1	-	-	-	1
Canarias	2	-	2	-	4
Cantabria	1	-	-	-	1
Castilla L.M.	5	-	-	-	5
Castilla León	6	3	2	2	13
Cataluña	6	-	7	2	15
C. Valenciana	6	1	3	1	11
Extremadura	2	-	-	-	2
Galicia	7	1	2	1	11
La Rioja	1	-	-	-	1
Madrid	6	3	12	2	23
Murcia	2	-	-	-	2
Navarra	1	-	2	-	3
País Vasco	2	-	3	-	5

TOTAL	60	11	38	12	121

Fuente: BOE de cada convocatoria. Elaboración propia.

6.3. Anexo: convocatoria MIR - 1985

Antes de iniciar la impresión de este estudio, hemos tenido acceso a la publicación de la convocatoria de provisión de plazas para iniciar programas de formación de especialistas en el año 1985 (BOE 4-I-1985).

En un breve análisis, de dicha convocatoria se observa que:

- Sigue la tendencia a disminuir el número total de plazas convocadas. En el presente año se convocan 1.262 plazas, mientras que en 1984 las plazas convocadas eran de 1.345.
- De todas formas el diferencial entre el número de graduados previstos para 1984 y el número de plazas MIR (1985) decrece, debido a la disminución del primero. Según las previsiones realizadas del número de graduados hasta 1988, dicho diferencial seguirá disminuyendo ligeramente en el caso que el número de plazas convocadas por el sistema MIR sea constante a partir de este año.
- La tendencia iniciada el año 1984 en la distribución de plazas de cada especialidad sobre el total de plazas convocadas, ha experimentado una mínima variación. Por lo general las especialidades siguen con una proporción de plazas similar, que no llega a superar el 20% de variación entre 1984 y 1985 (teniendo en cuenta que los números absolutos son bajos, representan variaciones mínimas).

- Las especialidades que si experimentan una variación a destacar son: Farmacología Clínica, Medicina Preventiva y Salud Pública, Cardiología, Cirugía General y Reumatología, que aumentan el número de plazas, y por el contrario Medicina Intensiva, Neurología, Radioterapia, Cirugía del Aparato Digestivo y Oftalmología que disminuyen el número de plazas. (Tabla 6.32)
- De estas especialidades citadas hay que siguen la misma tendencia del año anterior, como es el caso de Medicina Preventiva y Salud Pública (que sigue aumentando el número de plazas) o el caso de Medicina Intensiva (que sigue disminuyendo). Por el contrario en el caso de Cirugía General y Farmacología este año han experimentado un crecimiento mientras que en el año anterior decrecía el número de plazas. (Tabla 6.28 y 6.32)

TABLA 6.32. TENDENCIA EN EL NUMERO DE PLAZAS DE ESPECIALISTAS FORMADOS POR EL SISTEMA MIR DURANTE LOS AÑOS 1984-1985.

ESPECIALIDADES	PLAZAS CONVOCADAS		Nº Absolutos Incremento 85 sobre 84 (%)	PROPORCION DE PLAZAS DE CADA ESPECIALIDAD SOBRE EL TOTAL DE PLAZAS CONVOCADAS.		Incremento 85 sobre 84 (%)
	1984	1985		1984	1985	
Farmacología	4	9	+ 125,00	0,30	0,71	+ 136,67
M. Preventiva y S.P.	14	21	+ 50,00	1,04	1,66	+ 59,62
Cardiología	10	13	+ 30,00	0,74	1,03	+ 39,19
C. General	31	40	+ 29,03	2,30	3,17	+ 37,83
Reumatología	23	29	+ 26,09	1,71	2,30	+ 34,50
Oncología	7	8	+ 14,29	0,52	0,63	+ 21,15
Neumología	20	22	+ 10,00	1,49	1,72	+ 15,44
Alergiología	11	12	+ 9,09	0,82	0,95	+ 15,85
Psiquiatría	53	56	+ 5,66	3,94	4,44	+ 12,69
M. Interna	80	83	+ 3,75	5,95	6,58	+ 10,59
Anestesiología	39	40	+ 2,56	2,90	3,17	+ 9,31
M. Familiar y Comuni.	383	386	+ 0,78	28,48	30,59	+ 7,41
Inmunología	6	6	0,00	0,45	0,48	+ 6,67
C. Maxilofacial	11	11	0,00	0,82	0,87	+ 6,10
O.R.L.	38	38	0,00	2,83	3,01	+ 6,36
Geriatría	4	4	0,00	0,30	0,32	+ 6,67
Bioquímica	16	16	0,00	1,19	1,27	+ 6,72
C. Plástica y Reparad.	9	9	0,00	0,67	0,71	+ 5,97
C. Pediátrica	5	5	0,00	0,37	0,40	+ 8,11
Radiodiagnóstico	37	37	0,00	2,75	2,93	+ 6,55
Neurocirugía	2	2	0,00	0,15	0,16	+ 6,67
Aparato Digestivo	7	7	0,00	0,52	0,55	+ 5,77

.../....

.../...

ESPECIALIDADES	PLAZAS CONVOCADAS		(Nº Absolutos) Incremento 85 sobre 84 (%)	PROPORCION DE PLAZAS DE CADA ESPECIALIDAD SOBRE EL TOTAL DE PLAZAS CONVOCADAS.		Incremento 85 sobre 84 (%)
	1984	1985		1984	1985	
M. Intensiva	7	3	- 56,14	0,52	0,24	- 53,85
Neurología	40	18	- 55,00	2,97	1,43	- 51,85
Radioterapia	20	10	- 50,00	1,49	0,79	- 46,98
C. Ap. Digestivo	11	7	- 36,66	0,83	0,55	- 33,73
Oftalmología	50	35	- 30,00	3,72	2,77	- 25,54
Obstetricia y Ginecolog.	38	27	- 28,95	2,83	2,14	- 24,38
Microbiología	29	21	- 27,59	2,16	1,66	- 23,15
Nefrología	11	8	- 27,27	0,82	0,63	- 23,17
Pediatría	115	88	- 23,48	8,55	6,97	- 28,48
Traumatología	28	22	- 21,43	2,08	1,72	- 27,31
Hematología	16	13	- 18,75	1,19	1,03	- 13,45
Dermatología	16	13	- 18,75	1,19	1,03	- 13,45
Endocrino y Nutrición	12	10	- 16,77	0,89	0,79	- 11,24
Anatomía Patológica	43	38	- 11,43	3,20	3,01	- 5,94
Angiología y C. Vasc.	9	8	- 11,11	0,67	0,63	- 5,47
Urología	27	24	- 11,11	2,01	1,90	- 5,47
M. Nuclear	12	11	- 8,33	0,89	0,87	- 2,25
Análisis Clínicos	26	25	- 3,85	1,93	1,98	+ 2,59

Fuente: BOE de cada convocatoria. Elaboración propia.

Capítulo 7

La formación continuada.

7.1. Evolución de la formación continuada.

La formación de los médicos ha estado, tradicionalmente en manos de otros médicos, especialmente de aquellos que tenían un reconocido prestigio. En gran parte las posibilidades de practicar una medicina científica, hacer investigación y enseñar, han estado reunidas en las mismas personas. Sólo una pequeña parte de los médicos ha tenido la posibilidad de ejercer estas tres funciones, mientras que la mayoría han efectuado una práctica eminentemente empírica.

La formación de los profesionales para la práctica de la medicina puede considerarse como una vía de paso del sistema científico al sistema productor. Así el sistema educativo, puede considerarse como una prolongación del sistema científico con la función de producir nuevos profesionales que reúnan los requisitos socialmente establecidos para ser aptos para el ejercicio de la medicina.

A lo largo de los siglos la formación médica ha evolucionado, desde una situación muy individualizada y especial para cada país o región, hasta la situación actual, en que podría etiquetarse como de ejercicio socialmente controlado, al que se accede después de un período de formación universitaria. Este incluye un

NOTA: Este capítulo se ha elaborado tomando como base el siguiente trabajo: "Antó Boque. J.M.: Bases per l'educació continuada del personal sanitari del programa de control comunitari de malalties cròniques. Dep. de Sanitat i S.S.. Generalitat de Catalunya. Barcelona 1982". Las citas bibliográficas específicas se reseñan en el apartado de bibliografía general.

aprendizaje secuencial de ciencias básicas, materias preclínicas y clínico-terapéuticas, y, posteriormente la realización de estudios de postgrado, los cuales acreditan para el ejercicio de una especialidad concreta. Estos estudios acostumbran hoy a desarrollarse en el medio hospitalario. Finalmente, existen hoy en algunos países, modelos de formación continuada que cubren el resto de la vida profesional después de la formación postgrado, si bien la generalización, institucionalización y reconocimiento jurídico-administrativo de la formación continuada, es todavía muy incipiente y diversa, así como inexistente en muchos países. En nuestro medio no sólo la formación continuada está todavía en fase muy inicial, sino que hasta hace poco tiempo se podría conseguir el título de especialista de maneras tan diversas como irregulares.

Los orígenes más inmediatos de la formación de pregrado, tal como está hoy establecida, podemos vincularla a la aparición de las Universidades, que aunque nacen alrededor del siglo XIII, no se consolidan definitivamente hasta el siglo XVIII. Durante los siglos XIX y XX el papel docente de las Universidades está ya bien establecido, al tiempo que va produciéndose un acercamiento entre éstas y los Hospitales, que adquieren un papel más importante en la asistencia sanitaria. Reúnen la asistencia a enfermos, la investigación, la asignación de recursos y la influencia cultural sobre los profesionales y el conjunto social. Finalmente, los programas de formación de pregrado quedan definitivamente constituidos en una forma muy parecida a la actual en el

primer cuarto del siglo XX. Se impone la tendencia propia de los países germánicos, de seguir una secuencia docente, desde las ciencias básicas como la histología o la bioquímica, hasta las materias clínicas y terapéuticas; esta perspectiva que Flexner introduce en los EE.UU. siguiendo el ejemplo alemán, aparece poco después en todos los países desarrollados.

En una segunda etapa, ya durante el presente siglo, se formaliza la educación de postgrado. La tecnología médica se hace más compleja y se acentúan las divisiones entre especialidades, al mismo tiempo que van apareciendo nuevas especialidades y subespecialidades, haciéndose mayores las diferencias entre aquellos que inician su ejercicio inmediatamente después de la formación universitaria y aquellos que siguen un período de formación de postgrado. Esta última situación se ha generado, evolucionando cada vez más hacia la modalidad de residencias hospitalarias.

En la segunda mitad del siglo XX, a medida que aumentaba el número de hospitales en los cuales era posible una práctica asistencial de tipo científico-técnico, y a medida que aumentaba también el número de profesionales ejerciendo en este medio (a menudo especialistas o subespecialistas) ha ido creciendo un fenómeno que hoy ocupa un espacio cada vez mayor: la circulación interprofesional de conocimientos, descubrimientos, hipótesis, etc.. Esta circulación que tiene lugar, sobre todo, a través de la prensa científica, y también en congresos, reuniones y simposiums, todavía no tiene, por sí misma, una finalidad docente, sino que responde a las

necesidades del propio sistema científico, que se ha transformado en un proceso informal de formación continuada.

En esta situación se pueden describir dos grandes grupos de médicos, según su relación con las posibilidades de formación permanente: aquellos que trabajan en los hospitales de elevado nivel, y aquellos otros que trabajan en hospitales con bajos estándares o en la asistencia extrahospitalaria. Los primeros, que ejercen en hospitales de elevada cualificación científica, tienen todo tipo de posibilidades para realizar de forma permanente una actividad de formación, al tiempo que las condiciones de competitividad propias de este medio contribuyen a la existencia de este tipo de actividades de formación, así como de su alta valoración. Para el resto de profesionales, la formación continuada, no es más que ofertas docentes puntuales que le vienen desde fuera de su medio, y que por tanto no son valoradas de la misma forma; por otro lado los contenidos científico-técnicos de la oferta docente que proviene de hospitales de alta cualificación, a menudo no son los adecuados para los profesionales de estos otros niveles. En este contexto, la formación continuada de estos últimos profesionales, podría considerarse como una forma de subordinación cultural.

Consecuencia de este proceso es la forma opuesta en que los dos colectivos de profesionales opinan respecto a la formación continuada. Los médicos hospitalarios consideran que la inadecuación de atención a la población, es en buena parte debida a una deficiente

formación, o mala praxis, de los profesionales extrahospitalarios, mientras que éstos la atribuyen a las condiciones organizativas que condicionan su trabajo, las posibles deficiencias de la atención. Es en definitiva una consecuencia de la división del trabajo dentro del sistema sanitario. La escasa oferta de formación continuada existente hoy, es además por tanto, vista con poco interés por un sector de profesionales, a los cuales no cabe atribuir un desinterés "per se" sino debe ser contemplado como la consecuencia de la acomodación profesional a unas condiciones de trabajo determinadas, en las cuales es muy difícil realizar un trabajo científicamente riguroso.

Por todo ello al abordar el tema de la formación continuada, cabe enfocar la exigencia de racionalizar este campo en base a ampliar la oferta de posibilidades formativas, hacerla aceptable a los profesionales, institucionalizarla adecuadamente, administrarla científicamente, etc. Sin embargo, la exigencia fundamental no es de esta índole, plantear en profundidad la formación continuada significa replantear las relaciones hoy existentes entre los sectores científicos, docentes y asistenciales. Una relación que hasta ahora ha sido burocrática y subordinada de la mayoría de los médicos asistenciales respecto a algunas élites hospitalarias y Universitarias, y superar esta relación implica inevitablemente, recualificar el trabajo sanitario extrahospitalario con una orientación clínico-epidemiológica y preventiva de manera que signifique también la posibilidad de investigar y hacer docencia en este nivel de atención de salud.

7.2. Campo de la formación continuada

El concepto de formación continuada en las profesiones sanitarias es, como hemos visto, relativamente nuevo. El término formación continuada se refiere a la institucionalización de procesos que proveen a los profesionales, ya capacitados previamente para ejercer en régimen de plena responsabilidad, la posibilidad de mantenerse actualizados en los conocimientos y hábitos profesionales que le son propios. Con la formación de pregrado y la especialización, la formación continuada completa el ciclo formativo y lo extiende a lo largo de toda la vida profesional.

Dos temas son a menudo fuente de confusión. El primero es el referido a la confusión suscitada entre formación continuada y formación de postgrado, que son dos conceptos completamente diferentes. La formación de postgrado hace referencia al aprendizaje de una especialidad mediante un período de formación en régimen supervisado antes de ejercerla con plena responsabilidad. Es después de este punto donde empieza la formación continuada. En segundo lugar está la cuestión de hasta qué punto la práctica pediátrica o médica general requiere de un período de formación de postgrado como el resto de especialidades o, si por el contrario puede iniciarse el ejercicio inmediatamente después de la formación pregraduada. Sea cual sea la respuesta en este punto resulta claro que la formación continuada seguirá a la formación de pregrado cuando no exista un período de especialización o bien seguirá a ésta cuando esté presente. A efectos de definición, recogemos la propuesta de un grupo de

trabajo de la OMS reunido en Dublín en el año 1.976: "Es la formación que un profesional de la salud emprende posteriormente a sus estudios profesionales de base, y en el caso de que existan, después de los estudios complementarios que preparan para el ejercicio de especialista o generalista, con la intención de mejorar su competencia en el ejercicio de la profesión y no de obtener un nuevo título o diploma".

Este mismo grupo explica esta definición con las siguientes palabras: "Cada vez más se admite que para que la cualidad de la atención a la salud progrese, hace falta, entre otras cosas, que los profesionales de la salud acepten continuar su formación durante su vida. Los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los estudios de base o de especialización, pueden quedar desplazados por nuevos descubrimientos científicos o técnicos. La evolución de las enfermedades y de los sistemas de atención a la salud exigen necesariamente nuevas capacidades profesionales, al mismo tiempo, los conocimientos y competencias establecidos y siempre válidos, pueden ser olvidados o insuficientemente utilizados. Es bien cierto que la sola buena voluntad individual del personal sanitario no sería suficiente y que unos medios de formación adecuados son indispensables, pero no es menos cierto que la puesta a punto de estos medios en la escala pretendida, plantea problemas organizativos y pedagógicos complejos".

En cualquier caso el objetivo de la formación continuada sería este mantenimiento al día y mejora permanente de los conocimientos adquiridos en los ciclos formativos anteriores, sin objetivo de nuevos títulos y cualificaciones.

Finalmente cabe tener en cuenta el concepto de formación recurrente que existe en algún tipo de profesiones, en los cuales de cada "N" años de ejercicio profesional se reserva un período "X" para un reciclaje (llamado años sabático). Esta podría considerarse una forma o una modalidad de formación continuada.

7.3. El proceso de formación continuada

Tal como queda reflejado en la definición anterior, la formación continuada es una forma de mantener al día las competencias profesionales. Desde este punto de vista, la formación continuada no es más que un subsistema que forma parte de otro sistema más global que es el de atención a la salud.

Si en el sistema de atención a la salud identificamos estructuras, instituciones, un conjunto de funciones específicas, personal y recursos necesarios para llevarlos a cabo, etc.; la formación continuada sería un subsistema encargado de mantener a lo largo del tiempo la adecuación entre el conjunto de funciones específicas del sistema y el personal preparado previamente para desarrollarlas.

En realidad esta función de capacitar a determinados profesionales para realizar ciertas actividades y tareas es también función de la formación universitaria de pregrado y la formación de postgrado, por lo tanto la formación continuada sería sólo una tercera parte del subsistema educativo del sistema de atención a la salud.

El proceso a través del cuál debería planificarse la formación continuada se caracteriza por las siguientes etapas:

1. Identificación de los problemas de atención a la salud más importantes.
2. Establecimiento de las normas deseables de actuación del personal sanitario delante de problemas identificados.

3. Análisis de la competencia del personal sanitario delante de estos problemas y situaciones.
4. Determinación del grado de adecuación entre la competencia de los profesionales y las normas de actuación establecidas, y análisis de las causas de inadecuación si estas existen.
5. Elaboración de actividades educativas para adecuar la competencia profesional.
6. Evaluación de los resultados obtenidos en estas actividades.

Para que un plan de formación continuada del personal sanitario sea operativo hace falta empezar su diseño por el análisis de los problemas que se plantean en el sistema de atención a la salud existente.

Esta etapa, del análisis de los problemas determina cuál es el nivel de coherencia del subsistema de formación continuada en el sistema de atención a la salud y conduce a la cuarta etapa en base a la cual se elaboran los objetivos educativos específicos. Con ello se inicia la parte más operativa del subsistema de educación continuada.

7.4. Metodología de la formación continuada

Se trata de establecer una estrategia básica que sea adaptable a las distintas situaciones de un programa de formación continuada. Esta metodología se caracterizará por las etapas señaladas al hablar del proceso de formación continuada.

Esta metodología debería permitir escapar de lo que a menudo son exclusivamente las experiencias de formación continuada, cursos programados de forma intuitiva teniendo en cuenta la ordenación académica de los contenidos en lugar de las necesidades y características del profesional al que se dirigen.

A partir de unos objetivos educativos bien establecidos se trata de seleccionar las actividades de aprendizaje más adecuadas y finalmente ejecutarlas y evaluar los resultados obtenidos.

La definición de objetivos

Es importante señalar que partimos generalmente de un desconocimiento del trabajo concreto que realiza cada profesional sanitario, desconocimiento que es más grave en el caso de otros profesionales que en el del médico. Es necesario analizar qué trabajo realiza cada profesional y hacerlo con el máximo nivel de concreción. En segundo lugar es necesario saber el nivel de calidad con que dichos profesionales realizan sus tareas.

Hay diversas maneras de proceder al estudio de las actividades y funciones de estos profesionales, que pueden ser clasificadas como sigue:

- Informes personales
- Observación
- Análisis de tareas
- Estudio de incidentes críticos
- Opinión de expertos.

En el caso de los informes personales, cada profesional es el que refiere cuál es su actividad concreta, conviene que esté referida a un período de tiempo determinado, si bien cabe tener en cuenta, las estacionalidades del trabajo de los profesionales sanitarios. En cualquier caso es necesario utilizar un cuestionario normalizado.

En el caso del método de observación es un observador el que va registrando el trabajo realizado por el personal sanitario. Para normalizarlo se pueden utilizar pautas de observación. Este método exige una muy exhaustiva preparación de los observadores a fin de homogeneizar criterios entre ellos. Esta metodología ha sido utilizada en el estudio de trabajo de pediatras, internos de hospital y médicos de cabecera.

El estudio de tareas consiste en investigar sistemáticamente mediante protocolos normalizados las tareas realizadas por un profesional, descomponiéndolas cada vez en secuencias más específicas.

El estudio de incidentes críticos consiste en obtener de un determinado número de profesionales la descripción de incidentes o situaciones asistenciales que hayan observado y que a su entender sean causa de actuaciones eficaces y correctas o ineficaces e incorrectas. Con esta metodología se obtiene, con una cierta dinámica

de consenso, lo que serían actuaciones adecuadas o inadecuadas. Un estudio parecido fué realizado por el American Institute of Research a instancias del National Board of Medical Examiners de los EE.UU., se recogieron más de 3.000 incidentes sobre distintos aspectos. Uno de los inconvenientes de estos estudios es que se precisa recoger un número muy elevado de observaciones para que se puedan obtener informaciones útiles de los mismos.

La opinión de expertos, utilizando diversas metodologías para su expresión, es otra metodología utilizable para los fines propuestos.

La selección de las actividades de aprendizaje

Las conferencias magistrales han sido a menudo la única actividad de los cursos de formación continuada, ello puede resultar útil cuando se trata de actualizar conocimientos más o menos específicos, pero no puede ser el único método utilizado para los fines que persigue la formación continuada.

Hay que señalar en primer lugar la existencia de distintas posibilidades además de los cursos clásicos: la autoformación, la autoformación dirigida, la tutoría personal, el trabajo en equipo y los módulos de autoaprendizaje (14).

Cada una de las posibilidades mencionadas incluye la utilización de técnicas y materiales diferentes que van desde la conferencia magistral hasta el uso de ordenadores. La elección de uno u otro método debe tener en cuenta las características específicas de los profesionales de quien se trata: tiempo obtenible para dedicar

al estudio, libros y revistas de uso habitual, asistencia a cursos o congresos, etc. A partir de la información sobre estos extremos podría valorarse las estrategias como la autoformación, que aunque a priori corre el riesgo de ser despreciada, puede en algunos campos o en algunos aspectos dar un juego importante. Cabe destacar la siguiente cita: "El método más sencillo e importante es la lectura. La variedad de formatos, textos, abstracts, revistas y otros materiales para la lectura referidos a temas médicos, es mucho más grande, que en ningún otro tipo de medios. A pesar de las tendencias de explorar medios alternativos, las grandes ventajas del material escrito, no han de ser despreciadas".

Un material de este tipo, elaborado cuidadosamente y adaptado a las necesidades más sentidas de algunos profesionales, puede estimular intensamente el estudio personal: protocolos de diagnóstico, pautas para el uso de medicamentos, revisiones de temas clínicos o unidades de autoaprendizaje, pueden ser utilizados con este fin.

Otro método que ha sido ampliamente difundido en determinados programas de formación continuada para médicos de Asistencia Primaria en EE.UU., ha sido el de tutorías. Su aplicación sistemática exige una cierta tradición y unos costes considerables. Determinados grupos de profesionales, generalmente especialistas en el ámbito hospitalario, pueden significar un recurso docente muy considerable. Posiblemente se puede disponer de estos recursos ocasionalmente para asesoría de grupos de trabajo.

El trabajo en grupo representa un aspecto muy importante de la formación. Principalmente puede resultar una exigencia de la propia realidad sanitaria en Unidades Territoriales definidas, en la medida en que existen grupos ya constituidos con una cierta praxis de contacto mutuo.

Finalmente los cursos, seminarios, ciclos de conferencias, etc. pueden tener también cabida en un programa de formación continuada. Se ha discutido el rendimiento que este tipo de actividades tiene, sin embargo resulta una fórmula aceptable para muchos profesionales con escasez de tiempo o dificultades de acceso a este tipo de actividades. Sin embargo este tipo de modalidad exige una programación, selección de materias, forma de presentación, orientación, etc. muy cuidada.

En cualquier caso, todas estas modalidades o métodos han de nutrirse de determinadas técnicas y materiales de comunicación. Estas técnicas van desde la conferencia magistral, hasta los modernos usos de la televisión en forma de video o a través de líneas telefónicas. Existe una amplia bibliografía respecto a estas técnicas, algunas de las cuales constituyen procesos muy sofisticados y complejos, pero que quizá, lo más importante sea plantearse en cada caso las preguntas formuladas por Penta y Telder: ¿Corresponde este material a los objetivos establecidos?, ¿Favorece la participación?, ¿Se trata de un material adecuado al auditorio?, ¿Tiene buena calidad técnica?, ¿Está justificado su coste?.

La evaluación de la formación continuada

La mayoría de los trabajos sobre formación continuada del personal sanitario empiezan en el apartado referente a evaluación, haciendo referencia a las dificultades que comportan: "La evaluación de la educación continuada presenta grandes dificultades"; "Es la evaluación la que sitúa el problema más importante en materia de formación permanente". A pesar de esto no hace falta que insistamos en la importancia que tiene dicha evaluación.

Existen dos tipos de evaluaciones de un programa de formación continuada. Una evaluación externa, que puede venir determinada por la evaluación del impacto en la morbilidad de la población, en la mejora del control de enfermos, por el aumento de la calidad y cantidad de información sanitaria, etc. Sin embargo esta información externa al programa es normalmente dificultosa al tiempo que plantea problemas de relación entre el programa de formación y su impacto en este tipo de fenómenos. Por tanto debe existir una información interna del propio subprograma que refleje si el personal que la ha seguido ha adquirido las competencias y habilidades deseadas y especificadas en los objetivos en términos de funciones y actividades, y si en segundo término realmente ejecuta dichas actividades y habilidades.

Füllöp cuando habla de evaluación en formación continuada del personal sanitario diferencia entre evaluación del programa y apreciación de los resultados individuales.

En la evaluación del programa, hay que tener en cuenta la forma en que los objetivos del programa han sido establecidos y especificados, en qué medida los objetivos están en concordancia con las necesidades sanitarias, hasta qué punto los programas y los métodos pedagógicos, así como los procedimientos de evaluación son los más adecuados respecto a los objetivos fijados; cómo los discentes utilizan los métodos pedagógicos y en qué medida los resultados de la evaluación han servido para mejorar el programa.

Respecto a la apreciación de los resultados individuales, el problema básico es hasta qué punto la persona que ha participado en un programa de formación permanente es capaz de cumplir sus tareas mejor que antes y si realmente las cumple. Esta evaluación exige disponer de un análisis preciso de las tareas, de las competencias necesarias para ejecutar cada tarea satisfactoriamente, de las técnicas necesarias para una evaluación justa de las competencias y su aplicación.

Katz ha sistematizado la evaluación de un programa de formación de personal sanitario de una forma sugestiva, estableciendo 29 recomendaciones.

Resumiendo, la dificultad básica de evaluar el rendimiento de los trabajadores de salud es una dificultad que se plantea en dos niveles: En primer lugar a la hora de realizar un análisis de las tareas o investigar el trabajo real que desarrollan estos profesionales; en segundo lugar al intentar evaluar en qué medida las actividades de formación continuada han mejorado la práctica diaria de estos profesionales. Recientemente Katz,

Jefe de evaluación educativa de la división de formación de personal de salud de la OMS, y Snow, profesor de Psicología y Pedagogía de la Universidad de Standford, han publicado un Cuaderno de Salud Pública dedicado a este tema. En este cuaderno se recogen los principios y métodos, así como algunos instrumentos técnicos de evaluación del rendimiento de personal sanitario. Como señalan los autores en la introducción, existen pocos ejemplos de la validez y pertinencia que sean generalizables a otras situaciones. Sin embargo conviene tener frente a este tema una postura pragmática, y mantener hasta donde se pueda las actividades de evaluación de estos programas.

7.5. La organización de la formación continuada

Actualmente los programas de formación continuada son todavía esporádicos, a menudo vinculados a iniciativas individuales y que difícilmente presentan un tipo de organización que sea fruto de una planificación a nivel nacional. Este tema por su importancia fue uno de los principales que se trataron en una reunión sobre formación continuada celebrada en Budapest.

En los países del Este es la Administración del Estado la que se encarga de asesorar la formación permanente del personal sanitario. Está organizada a través de las Instituciones Académicas y Asistenciales a nivel nacional y regional. A veces existen instituciones específicas para este fin: El Instituto de Perfeccionamiento del Personal Sanitario en Checoslovaquia, y el Instituto de Enseñanza Médica Postuniversitaria en Hungría.

En los países occidentales la situación es mucho más diversificada con mayor protagonismo en las Instituciones Privadas, Benéficas o Profesionales. Un ejemplo lo tenemos en el papel que ha jugado en el Reino Unido el Nuffield Provincial Hospital Trust.

Alguna de las características organizativas más generalizadas en los países occidentales puede ser la preponderancia de los hospitales en la programación de actividades de formación continuada para profesionales, tanto de ámbito hospitalario como extrahospitalario. También debe considerarse el papel jugado por Universidades, Colegios Profesionales, y Asociaciones Científicas.

De todas formas las diferencias entre unos países y otros, parecen estar sobre todo en función de sus características sociopolíticas y de organización del sistema sanitario, y, por tanto, en muchos países occidentales no existe una planificación a nivel nacional de la formación continuada del personal sanitario. Planificación que, por otro lado, no es sinónimo de eficacia.

Para favorecer la operatividad se ha aconsejado una serie de criterios funcionales que deberían caracterizar a cualquier tipo de organización de la formación continuada:

- Que sea capaz de adaptarse a la evolución de las necesidades en materia de salud, así como de responder a las demandas y necesidades administrativas.
- Tener en cuenta el proceso de la ciencia y de la técnica en las disciplinas en cuestión.
- Conocer las corrientes de pensamiento en todas las profesiones implicadas.
- Ser capaz de promover la participación en la formación permanente.
- Poder disponer de una amplia oferta de recursos educativos.
- Tomar un interés activo en las operaciones de seguimiento y evaluación.

En último término, sin embargo, ésta no es únicamente una cuestión organizativa. Más allá de los aspectos puramente administrativos está la cuestión de hasta qué punto un profesional, graduado en la Universidad y que ha seguido un período de formación de postgrado está en condiciones de ejercer, sin restricciones, siempre y

cuando se encuentre en condiciones psicofísicas adecuadas, o al contrario, es preciso que confirme periódicamente que mantiene un nivel de competencias adecuadas.

Este es el debate detrás del cual se dirime la cuestión de implantar una formación continuada obligatoria, normalizada e institucionalizada, o bien mantener un proceso, de base fundamentalmente voluntarista.

Apéndice. Anotaciones para un sistema de información sobre
profesionales sanitarios: Los médicos.

En este apartado se trata de analizar el movimiento y los flujos del conjunto "médicos", para a continuación, estudiar las necesidades de conocimientos de la Administración sanitaria sobre el mismo y proponer los sistemas de información capaces de satisfacerlas.

1. Análisis del Flujo de Médicos

- 1.1. El conjunto que se analiza es el de los licenciados en Medicina y Cirugía, tengan éstos el grado, especialización y ejercicio que tengan. Las entradas al sistema son, pues, los estudiantes que obtienen su licenciatura en las distintas Universidades del país, o bien los licenciados extranjeros que inmigran a España. Y las salidas se producen por muerte y emigración. (Gráfico 1).
- 1.2. Los dos fenómenos fundamentales a analizar en este conjunto son: el proceso de formación y el ejercicio profesional. Ambos procesos, a diferencia de otros países, son relativamente independientes. Aunque para ocupar determinados puestos profesionales es requisito tener una especialidad, o estar en posesión de título de doctor, no son la mayoría de los casos. Al mismo tiempo que se asciende en los puestos de trabajo (por ejemplo, en el campo hospitalario), sin que ello lleve aparejado un determinado programa y requisitos de formación y/o grado académico. Así pues, deben tener una consideración independiente para su análisis.
- 1.3. Aunque en proceso de cambio, el proceso de formación es sencillo, existe un sólo grado académico después de la licenciatura, el doctorado, al que se accede mediante la

realización de una tesis. La nueva regulación de Formación Médica Especializada mediante Real Decreto aprobado en Consejo de Ministros de 11 de enero, establece los mecanismos para la obtención del título de especialista, interviniendo el Ministerio de Sanidad y Consumo en todos los puntos claves del proceso: convocatorias MIR, acreditación Escuelas Profesionales, etc. (Gráfico 2).

- 1.4. Infinitamente más complejo es el campo del ejercicio profesional. Tanto por la variedad de empleadores, como por la falta de criterios homogéneos en cada cadena, como, sobre todo, por la existencia del fenómeno del pluriempleo. El gráfico 3 esquematiza las diversas formas de ejercicio, del mismo se desprenden 3 puntos clave para la información: los colegios profesionales, las entidades o instituciones empleadores y los centros sanitarios.
- 1.5. A pesar de la complejidad y diversidad de ejercicio, su distribución merece un comentario, ya que agrupando todos los puestos retribuidos por fondos públicos o asimilados se puede estimar que suponen el porcentaje del total de médicos en ejercicio. A pesar del pluriempleo, este porcentaje, que corresponde a un volumen de médicos, es suficientemente importante como para considerar las posibilidades de mejor conocimiento de este grupo. Considerando la nueva legislación sobre incompatibilidades, la información sobre el ejercicio profesional debe ser, a la vez, una condición y resultado necesarios de su aplicación.

2. Necesidades de información

- 2.1. La administración Pública interviene, directa o indirectamente en todos los puntos clave de los procesos de formación y ejercicio profesional analizados más arriba. Regula la formación de especialistas, es el primer empleador y puede intervenir la formación de licenciados. Por tanto, las necesidades de información para la toma de decisiones abarcan todo el proceso.
- 2.2. Tratándose de recursos humanos de formación costosa, y que generan posteriormente elevados gastos, la planificación estratégica es una necesidad de primer orden. El actual conocimiento de la distribución geográfica, por especialidades y tipos de servicios de los médicos, muestran desequilibrios que ponen de relieve la necesidad de medidas a más corto plazo que los subsanen, es decir, una planificación táctica de estos recursos. Empleando y financiando puestos de trabajo médicos, la Administración precisa de elementos para el control y gestión de esos voluminosos recursos humanos.
- 2.3. La planificación estratégica de los profesionales de la medicina, deberá incidir especialmente en la formación, y exigirá, por tanto un conocimiento exhaustivo sobre los pregraduados en formación, motivaciones para la elección de especialidad, etc.
- 2.4. Para una planificación táctica será preciso conocer las motivaciones y características de los licenciados para elegir especialidad, lugar y tipo de ejercicio, motivaciones para modificar estas opciones, etc.

- 2.5. El control y gestión de personal debe ir orientado al uso efectivo y eficiente de los médicos, conociendo previamente el nivel de empleo, limitado por las necesidades de la población o por dotaciones presupuestarias. La información requerida para ello es mucho más extensa y detallada, ya que debe incluir datos individualizados personales, de formación y capacitación, de puestos de trabajo actuales y anteriores (horarios, salariales, etc.).
- 2.6. En todos los niveles (planificación estratégica, táctica y gestión) la información exclusiva sobre los profesionales no cubre todas las necesidades de conocimiento para obtener resultados aceptables. Esta deberá completarse con el suficiente conocimiento de otros aspectos como necesidades sanitarias a atender, oferta y productividad de los servicios, disponibilidades económicas etc. Este trabajo se centra exclusivamente en la información sobre personal médico (extrapolable en gran medida a otro personal sanitario) que ha de considerarse como subsistema de un sistema de información más amplio.
- 2.7. La situación de partida tanto en cuanto a la formación disponible, como a la existencia de sistemas rutinarios de recogida de datos, es prácticamente de planteamiento inicial. Las estadísticas rutinarias existentes (Estadísticas de Profesionales Sanitarios, INE), contienen información muy limitada al tiempo que de calidad dudosa ya que no existe ningún protocolo homogéneo de recogida

de datos en los Colegios Profesionales y muchos de ellos tienen graves dificultades para mantener actualizados sus registros.

2.8. La complejidad de la tarea -poner en marcha un sistema unificado de información sobre profesionales de la medicina- requiere forzosamente fijar prioridades, de acuerdo con criterios de necesidad, urgencia y posibilidad, en el diseño e implementación de las diversas fases:

- . Información del proceso de formación: graduado, doctorado, especialización.
- . Información básica sobre el ejercicio.
- . Información para la gestión.

Con criterios posibilistas, el orden correspondería a la prioridad en la implementación, pudiendo abordarse las dos primeras fases casi al mismo tiempo, requiriendo la tercera un plazo más detallado tanto para su elaboración como, sobre todo, para su puesta en marcha, debido a las exigencias de organización y racionalización del conjunto del sistema sanitario.

En el presente trabajo se abordan las dos primeras fases delimitando sólo los grandes principios a abordar para la tercera, en la cual deben intervenir expertos en el conocimiento y dirección de las instituciones a nivel económico, organizativo, etc.

3. Proyecto de Sistema de Información de Demografía Médica

- 3.1. Se trata de diseñar un sistema de información único, homogéneo, periódico y permanente que dé elementos objetivos para la toma de decisiones en la planificación táctica y estratégica de los médicos y que permita evaluar la incidencia de las políticas que en este campo se apliquen.
- 3.2. Un sistema de información exhaustivo, con gran número y extensión de subproductos puede parecer tentador, pero habitualmente carecen de utilidad para el político o gestor obligado a tomar decisiones en plazos limitados. Por ello, es importante llegar a delimitar un número razonable, y, forzosamente breve, de indicadores inteligentes e inteligibles. En esta línea la presentación gráfica es un aspecto muy importante que será especialmente cuidada.
- 3.3. Se analizará exhaustivamente el proceso de formación y especialización de médicos (legislación, requisitos, trámites, instituciones) a fin de conocer los puntos clave para la recogida de datos con mayores garantías y menor coste (de esfuerzos, tiempo y económico).
- 3.4. Analizando el proceso se elaborarán los datos mínimos a recoger para cada uno de los objetivos que se especifiquen, los planes de explotación y los resultados a obtener en las prestaciones concretas. Asimismo, se recomendará la forma de tramitación, plazos y responsabilidades.

- 3.5. En anexos 1, 2 y 3, se acompañan los esquemas de trabajo para cada fase. En el anexo 4 figura una lista bibliográfica revisada, en consulta o solicitada sobre sistemas de información de médicos o personal sanitario.
- 3.6. Aunque a efectos operativos y de análisis se aíslan diversas partes del sistema de información, el diseño final, es global e integrado, previendo la compatibilidad con futuros desarrollos del mismo (información para la gestión), así como el resto de información sanitaria. Por tanto, se tendrán en cuenta los sistemas ya operativos a fin de evitar duplicidades y posibilitar la compatibilidad.

FIGURA 1. LOS MEDICOS EN ESPAÑA: PROCESO DE FORMACION POSTGRADUADA Y EJERCICIO.

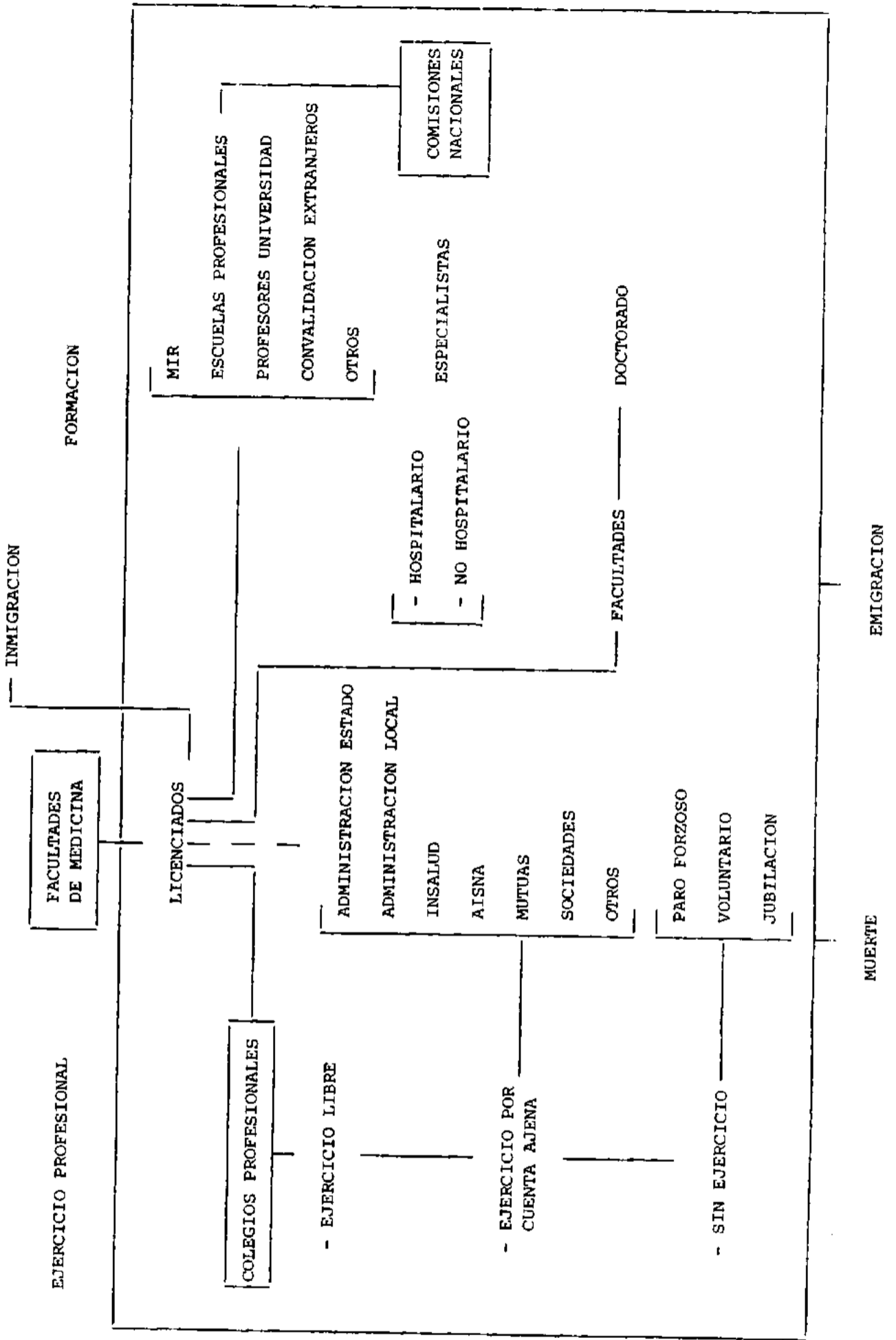


FIGURA 2. PROCESO DE FORMACION POSTGRUADO.

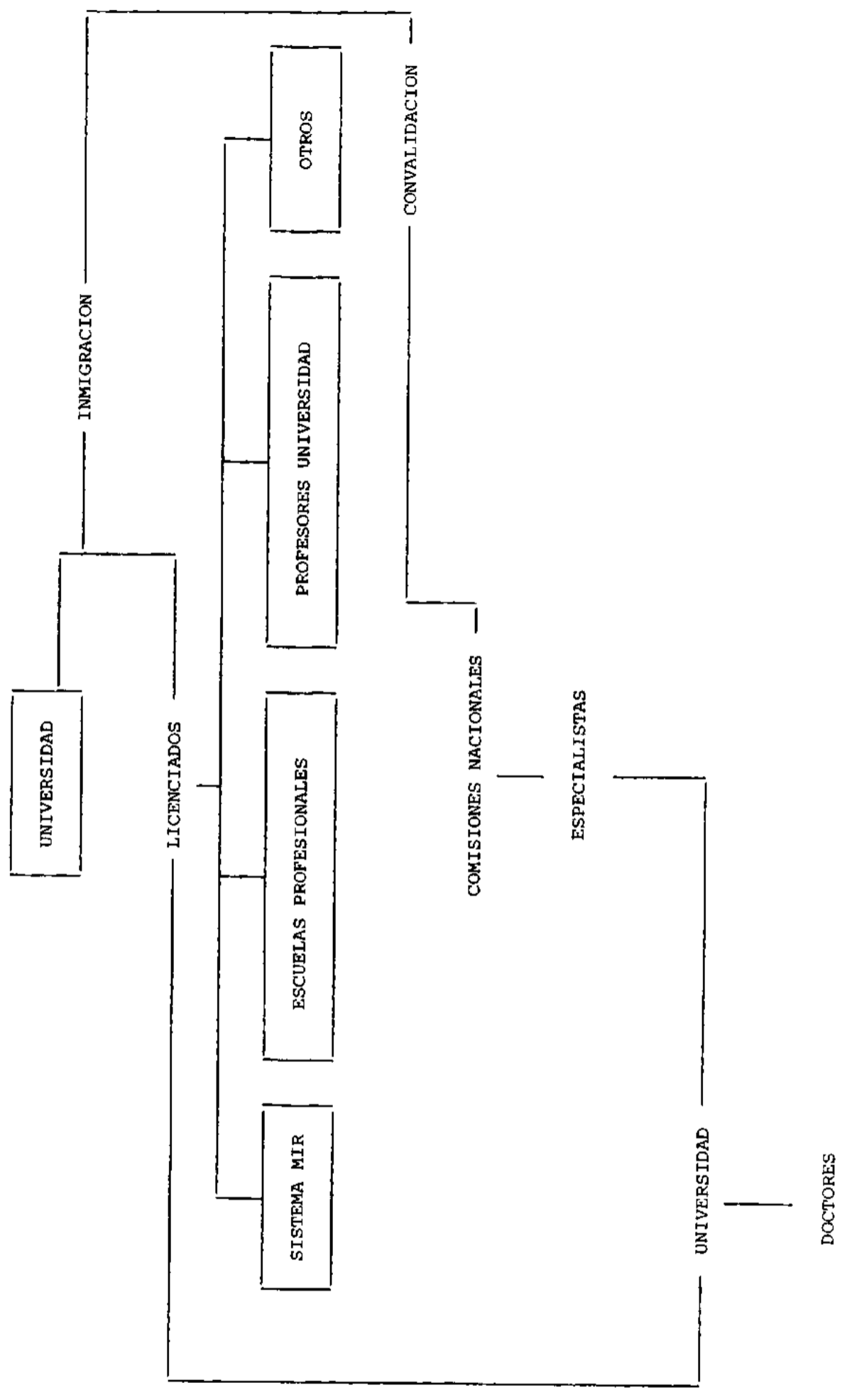
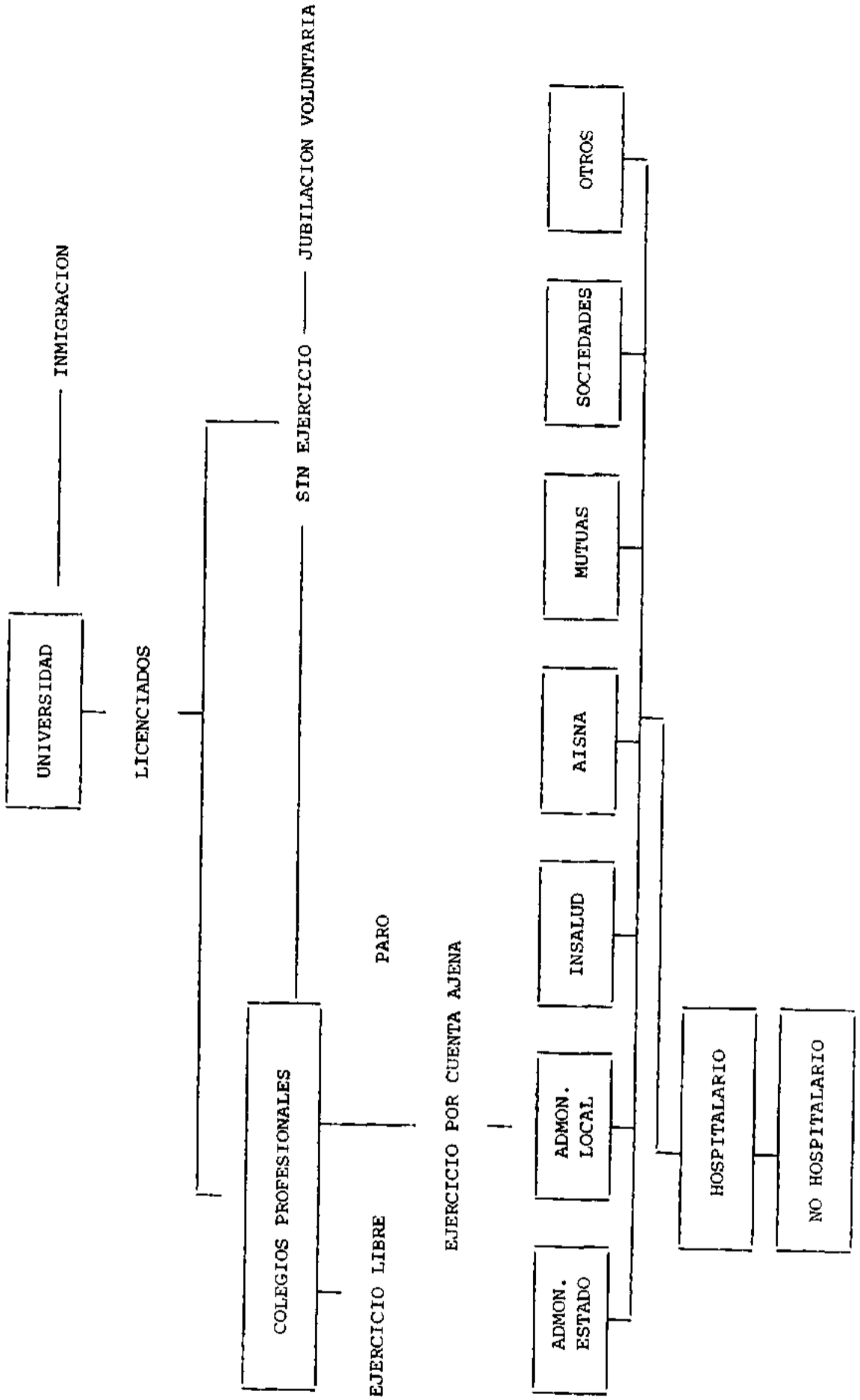
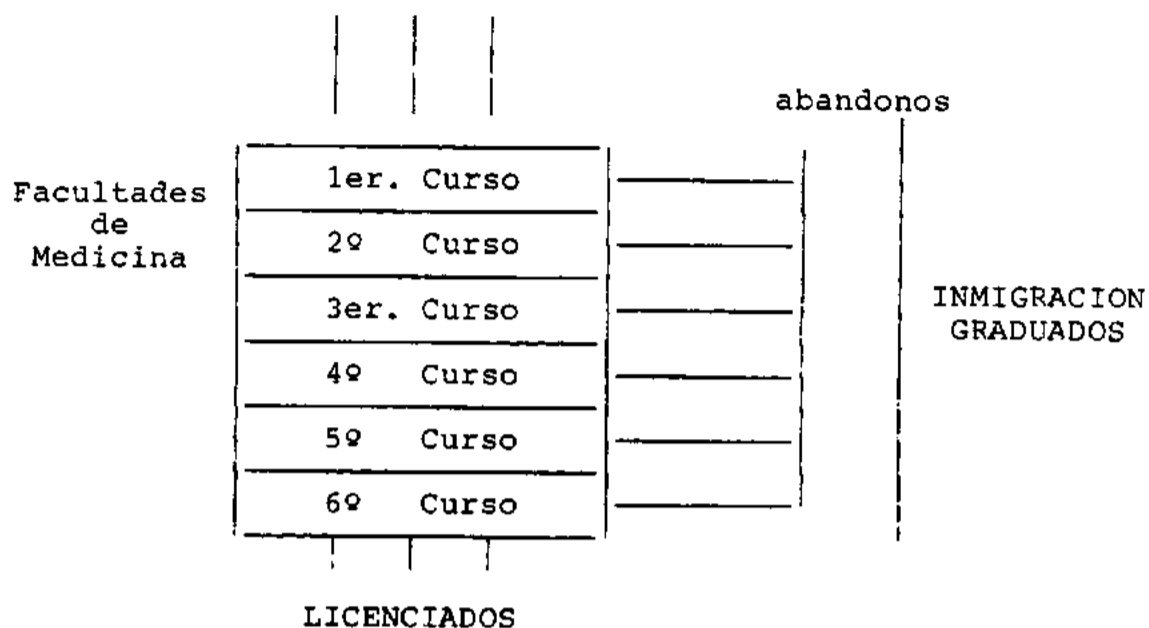


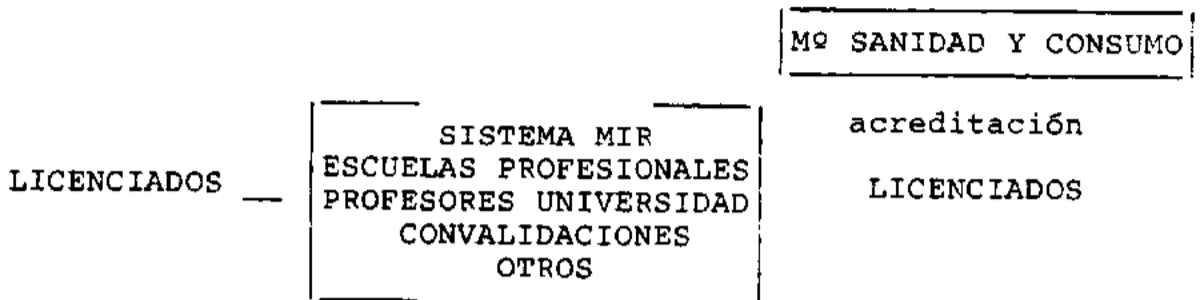
FIGURA 3. EL EJERCICIO MEDICO.



ANEXO 1INFORMACION SOBRE GRADUADOS

- Puntos donde se genera la información:
 - . Facultades de Medicina.
 - (no se detectan graduados inmigrados)
- Dependencia:
 - . Matriculaciones.
 - . Expedición de títulos.
- Procedimientos que generan información:
 - . Alumnos que ingresan (total o por cursos).
 - . Abandonos.
 - . Licenciados
 - . Características ingresantes y/o licenciados: edad, sexo, origen, estado civil.
- Información relevante a analizar:
 - . Alumnos que ingresan (total o por cursos).
 - . Abandonos.
 - . Licenciados
 - . Características ingresantes y/o licenciados: edad, sexo, origen, estado civil.

- . Motivaciones para la elección de la carrera.
 - . Intervenciones de especialización, lugar y tipo de ejercicio.
- Posibilidades de recogida de información:
- . Rutinaria y periódica del universo a través de las facultades.
 - . Periódica a una muestra desde la Administración sanitaria.
 - . Mixta.
- Sistemas de información similares:
- . Scottish Council for Postgraduate Medical Education.
 - . Manchester (Parkhouse, McLaughlin and Palmer).

ANEXO 2INFORMACION SOBRE ESPECIALIZACION

- Puntos donde se genera la información:
 - . Mº de Sanidad y Consumo (sistema MIR, extraordinaria).
 - . Escuelas Profesionales.

- Información rutinaria existente:

- Procedimientos que generan información:
 - . Procedimientos convocatoria MIR.
 - . Matriculación Escuelas.
 - . Expedición títulos.

- Información relevante a analizar:
 - . Nº de especialistas por cada vía y especialidad.
 - . Características de los que acceden a la especialización y/o la obtienen: edad, sexo, estado civil, origen, ejercicio profesional.

- . Curriculum: lugar licenciatura, lugar especialización.
 - . Intención de ejercicio.
 - . 1ª, 2ª y 3ª elección de especialidad al acceder.
 - . 1ª, 2ª y 3ª elección de centro.
- Posibilidades de recogida de información:
- . Periódica y rutinaria a través de las Facultades (obtención título).
 - . Rutinaria y periódica a través de la convocatoria.
 - . Rutinaria y periódica a través de Escuelas Profesionales.
 - . Por encuesta a una muestra.
 - . Mixta.

* La información sobre doctorados es más simple y no se detalla en este avance.

ANEXO 3INFORMACION SOBRE EJERCICIO

(Ver gráfico 3)

- Puntos clave donde se genera la información:
 - . Colegios profesionales.
 - . Instituciones empleadoras.
 - . Centros sanitarios.

- Dependencia: Diversa

- Información rutinaria existente:
 - . INE "Estadísticas de profesionales sanitarios".
 - . Mº de Sanidad y Consumo-INE "Estadística de Establecimientos sanitarios en Régimen de Internado".
 - . INSALUD "Memorias".

- Procedimientos que generan información:
 - . Colegiación.
 - . Obtención licencias fiscales
 - . Declaración sobre la renta.
 - . Proceso de gestión de instituciones sanitarias públicas
 - . Procedimientos de tutela de asistencia médico-farmacéutica.

- Información relevante a analizar:
 - . Características personales: edad, sexo, origen, estado civil.
 - . Curriculum profesional: lugar de licenciatura, especialidad, lugar de obtención, doctorado.
 - . Datos de ejercicio.

Referencias bibliográficas

1. ACADEMIE NATIONAL DE MEDICINE: "La Femme médecine". Revue Française des affaires sociales, 1982; 3. N^o. especial: 1-185.
2. ALMERAS, J.P. et al.: Le cycle terminal des études médicales. Le concours médicale. 8-Jun.-1979.
3. ANDERSON, J. et al.: Medical student selection: a tentative attempt to establish a code of practice. British Medical Journal, 1980; 17: 1216-1218.
4. ARNDOL et al: The Medical Profession in the Federal Republic of Germany. Deutscher Arte-Verlag Köln-Lövenich. 1982.
5. BANCO DE SANTANDER: Estudio prospectivo de la profesión de médico en España en la década de los 80. Banco de Santander. 1981.
6. BATCHELOR, I. WILLIAMS, A.: Issues of Manpower Planning and management in the NHS. KF Project Paper n^o RC17 King's Fund Center London. 1980.
7. BELENES, R. et al.: Estudi comparat dels sistemes de Seguretat Social. Serveis Nacionals de Salut i exercici mèdic a la CEE i Espanya. Barcelona. GAPS - Col·legi de Metges de Barcelona. 1981.
8. BENNETT, M. et al.: Sélection des candidats pour la formation aux soins de santé: Guide pratique pour l'amélioration des méthodes de sélection. OMS. Publication offset n. 74.
9. BERGUER, A.: La necesidad de un cambio. Profesión médica.
10. BLAUG, M.: The uses and abuses of manpower. New Society. 1975. 33.669: 247-248.

11. BLOOM, B.S. et al.: Taxonomie des objectives pedagogiques I, Domaine cognitif. Montreal. Ed. Nouvelle. 1960.
12. BONAMOUR, P. et al.: Economie Medicale. Paris. Editions Medicales et Universitaires. 1978. 247-260.
13. BOURGUET, J.: De l'équivalence des études médicales entre la France et la République Fédérale Allemande. Résultats après 10 ans de travail d'un programme pilote Rennes Erlangen/Nürnberg. Bulletin Academie National Médecine. 1981; 5: 645-651.
14. BOWERS, J.Z.: Admission to medical education in ten countries. Danish Medical Bulletin. 1980; 27 supplement/1: 29-31.
15. BREARLEY, R.: Doctors and the EEC. British Medical Journal. 1976; 2: 58-62.
16. BREARLEY, R.: Medicine in the European Community. British Medical Journal. 1984; 288: 1360-1363.
17. BUI-DANG-HA-DOAN, J.: Le corps médical français en 1975: projections démographiques. Chronique de Démographie et de Sociologie Médicales. 1970; 92/2: 388-400.
18. BUI-DANG-HA-DOAN, J.: Niveau et tendances de la spécialisation des médecins dans quelques pays industriels. World Health Statistics/Rapport. OMS, 1977; 30: 207-226.
19. BUI-DANG-HA-DOAN, J.: L'exercice professionnel des médecins en 1977. Santé sécurité sociales. ESTATISTIQUE et commentaires. 1980; 2: 5-47.
20. BUI-DANG-HA-DOAN, J.: Statistical analysis of the World health manpower situation circa 1975. World Health Statistics Quarterly. OMS, 1980; 2/33: 127-150.

21. CAMPOS J., GOL J., MOLL J.J.: Característiques qualitatives de l'activitat mèdica, Xè Congrès de metges i biòlegs de llengua catalana, 1976, Ponència II.
22. COLDITZ, G.A.: The students' view of an innovative undergraduate medical course: the first year at the University of Newcastle, N.S.W. Medical Education. 1980; 14/5: 320-325.
23. COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: Libre circulation des personnes et des services. Bulletin de renseignements documentaires.
24. COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: (Direction générale de l'information). La libre circulation des médecins dans la Communauté. 137/76.
25. COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES: Formation des médecins et exercice de la médecine: dispositions diverses.
26. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MEDICOS: La encuesta de la O.M.C. Informativo médico. 1983; 63: 20-23.
27. COOPER, M.M.: Rationing Health Care. London. Healsted Press, Wiley N.Y. and Groom Helm. 1975.
28. COOPER, N.H.: ¿Demasiados médicos?. El médico.
29. CURTIS, P. et al.: Alite-cycle conference series: education for general practice. Medical Education, 1980; 14/4: 285-289.
30. CHAVES, M.M.: Análise do crescimento provável de médicos no Brasil: Opções necessárias. Educación Médica y Salud. 1972. 6.
31. CHAPALAIN, M.T.: Recherches sur les facteurs de croissance des dépenses de santé relatifs à l'offre de soins et mesures prises pour matiser cette croissance. Santé,

- sécurité sociale. Statistique et commentaires. 1979; 6 (A): 17-22.
32. CUYLER, A.J. et al.: Economic Aspects of Health Services. London Martin Robertson. 1978.
33. CUYLER A.J.: Health Indicators. Oxford. Martin Robertson Cía. 1983.
34. DANMARKS STATISTIK: Statistik Arbog 1982. Argang 86 col-
lume. Copenhagen, 1982; 292-350.
35. DAVIDSON, R.L.: Choice by Constraint. Journal of Health
politics, Policy and Law. pp. 200-220.
36. DE MIGUEL J.M.: El capital humano en el sector sanitario
en España: bases para una reforma, roneotipado. 1976.
37. DE SAINT-MAUR; P.P.: Is it Possible to have an Interna-
tional program of Pregraduate Pathology?. Path. Res.
Pract. 1981; 172: 256-260.
38. DEPARTEMENT DES AFFAIRES ECONOMIQUES ET SOCIALES INTER-
NATIONALES: Annuaire Démographique 1980. New York, Na-
tions Unies; 1982.
39. DEPARTEMENT DES AFFAIRES ECONOMIQUES ET SOCIALES INTER-
NATIONALES: Annuaire Statistique 1979/80. New York. Na-
tion Unies. 1981; pp. 848-849.
40. DHSS PERSONEL DIVISION: Health Professionals in the
European Comunity. Health Trends. 1982; 3/14.
41. DICKMAN, R.L. et al.: Medical students from medical
science and Nonscience Undergraduate backgrounds: simi-
lar academic performance and residency selection. Jour-
nal of American medical association. 1980; 243/24: 2506-
2509.

42. DIRECTIVE DU CONSEIL: Visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres de médecin. Journal Officiel des Communautés Européennes. 1975; 167/1.
43. DURAY, M.: La démographie médicale régionale et l'orientation des jeunes médecins en Lorraine. (Compte rendu du colloque 10-XII-80). Santé, sécurité sociale. Statistique et commentaires, 1981; 3: 5-13.
44. EBERT R.H.: The Medical School. Scientific American, sept 1973.
45. EDIS, L.B.: Reflections on Postgraduate Medical Education for Practicing physicians. New England Jour. of Med. 1954; 250: 243.
46. EISENBERG, J.M.: Postgraduate Training for General Practice in the United Kingdom. Journal of Medical Education. 1979; 54.
47. EL PAIS: Anuario El País. 1984. Madrid 1984.
48. ENGLEMAN, S.R.: Necesidades de médicos en el futuro. El médico. 1980; 3.
49. ENNALS, D.: Foreword by the Secretary of State.
50. ETIENNE (Groupe de travail et démographie médicale).: Démographie médicale.
51. EWAN, C. et al.: Interviews of medical school entrants, to what purpose?. The Medical Journal of Australia. 1982; 2: 233-236.
52. FLEXNER, A.: Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of teaching; Bulletin n° 4, Boston Updyke,

1910. Citado en Sonis A, Medicina Sanitaria y Administración de la Salud, Tomo II. Buenos Aires. El Ateneo Ed. 1978, p. 263.
53. FOULON, D. et al.: La démographie médicale au 31 décembre 1980. Santé, sécurité sociale. Statistiques et commentaires. 1982; 4.
54. FRADA ESKIN.: Continuing Education in Community medicine. Health and Hygiene. 1979; 3/2: 75-79.
55. FREELING, P.: General practitioners, students and the objectives of general practice attachments. Medical Education. 1980; 14/4: 273-276.
56. FREELING, P.: Objectives and students learning in general practice. Medical Education. 1982; 16/4: 212-218.
57. FRUEN, M.A. et al.: Geographic distribution of physicians: Past trends and future influences. Inquiry 1982; 19: 44-50.
58. FRUEN, M.A.: Selection of applicants for Medical School Admission. Health Policy and Education 1980; 1: 221-236.
59. GALEONE, A.: Medicina generale, medicina interna in Ospedale. Minerva Medica. 1980, 71: 1823-1832.
60. GAPS: Estudi Sociològic del metges de Barcelona i Província. Barcelona. Col·legi de Metges de Barcelona. GAPS. 1981.
61. GAPS: Estudi comparat dels sistemes de Seguretat Social, Serveis Nacionals de Salut i exercici mèdic a la CEE i a Espanya. Barcelona. Col·legi de Metges de Barcelona. GAPS. 1981.
62. GAPS: Formació del Postgraduat. Informe d'un grup d'Estudi. Col·legi de Metges de Barcelona. 1981.

63. GOL, J.: Alguns aspectes ètics de la relació metge-malalt. Qüestions de vida cristiana, nov. de 1974.
64. GOLDITZ G.A.: The students' view of an innovative undergraduate medical course: the first year at the University of Newcastle, N.S.W.. Medical Education. 1980; 14.
65. GOODMAN, L.J.: Current Status of Group Medical Practice in the United States. Public Health Reports. 1877; 92/5: 430-443.
66. GOTTELY, J. et al.: Statistique annuelle des professions sanitaires et sociales au 31 décembre 1977. Evolution d'ensemble. Croissance différentielle selon le lecteur d'activité. La part respective de Paris et de la province. Santé, sécurité sociale. Statistique et commentaires. 1979; 3: 19-59.
67. GOTTELY, J. et al.: Statistique annuelle des professions sanitaires et sociales au 31 décembre 1978. Santé, sécurité sociale. Statistique et commentaire. 1980; 3: 5-50.
68. GUIDE D'EXERCISE PROFESIONEL: Ordre National des Médecins. Paris. Masson. 1978.
69. HAGARD, S. et al.: Working it out together: Report of the Faculty of Community Medicine Training Conference 1981. Community medicine. 1981; 3: 235-243.
70. HALL T.L., MEJIA A.: Planificación de personal de Salud. Principios, métodos y problemas. Ginebra. OMS. 1979.
71. HAYES, M. et al.: Psychology in an integrated undergraduate medical curriculum. Social Science and Medicine. 1982; 16/15: 1425-1428.
72. HARRISON, G.: Select Medical Students. Medical Teacher. 1979; 1/1.

73. HECKETSWEILER, R. et al.: Les disparités géographiques de peuplement médical: un cercle vicieux. Étude statistique de l'implantation des médecins, étudiants, hôpitaux et personnels hospitalo-universitaires. Santé, sécurité sociale. Statistique et commentaires. 1981; 4: 37-70.
74. HERANSGEBER.: Statistisches Jahrbuch, 1981. Wiesbaden Verlag: W. Kohlhammer GmbH. Stuttgart und Mainz.
75. HERMAN, M.W. et alt.: Premedical training, personal characteristics and performance in medical school. Medical Education. 1981; 15/6: 363-367.
76. HORBACH, L.H.: Techniques de calcul des projections démographiques concernant le personnel de santé. World Health Statistics Report. OMS. 1979; 32.
77. Informativo médico: La OMC espera una respuesta ministerial a su proyecto (sobre la reforma de la enseñanza de los postgraduados). Informativo médico.
78. INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT. (Generalitat de Catalunya): La reforma educativa a les facultats de medicina. Barcelona, 1984.
79. INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE: Annuaire Statistique de la Belgique. M. des Affaires Economiques. 1979; 99.
80. INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE: Annuaire Statistique de la Belgique. M. des Affaires Economiques. 1980; 100.
81. INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE: Annuaire Statistique de la Belgique. M. des Affaires Economiques. 1981; 101.
82. INSTITUTO CENTRALE DI STATISTICA: Annuario Statistico Italiano 1980. Roma.

83. I.N.S.E.E.: Annuaire Statistique de la France, 1982. (resultats de 1981). Paris. Ministère de l'Economie et des Finances. 1982; 87/29.
84. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: Anuarios estadísticos. Madrid, años: 1956, 1960, 1964, 1969, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982 y 1983.
85. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: Encuesta de establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado. 1974, 1977 y 1979. Madrid. 1976, 1981, y 1983.
86. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: Encuesta del Consejo General de Médicos. Madrid. 1974-75.
87. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: Evolución de la población española 1978-1998. Madrid. INE. 1979.
88. ISAKOV, J.: First and second Moscow medical institutes, USSR. Reform of Medical Syllabuses.
89. J.A.M.A. Graduate Medical Education: Annual report on graduate medical education in the United States. J.A.M.A. 1975; 234/13: 1354-1367.
90. J.A.M.A. Medical School Finances. J.A.M.A. 1975; 234/13: 1344-1351.
91. KATZ, F.M.: Directrices pour évaluer un programme de formation des personnels de Santé. Genève. Pub.Offset. 1978; 38.
92. KATZ, F.M. et al.: Formación de personal de salud: Ejemplo de nuevos programas docentes. Ginebra. OMS. Cuadernos de Salud Pública, 1978 (vol.1), 1980 (vol.2).
93. KATZ, F.M., SNOW, R.: Evaluación del rendimiento de los trabajadores de la Salud. Ginebra. OMS. Cuadernos de Salud Pública. 1981; 72.

94. KERVASDOUÉ, J.: La France et les pays riches ou la similitude des évolutions des systèmes de santé. L'Hôpital à Paris. 1980.
95. KURT GESTRELIUS: Lifelong Education - a New Challenge. J. Sci. Educ. 1979; 1/3: 277-292.
96. LACRONIQUE, J.: L'offre et la consommation de soins de généralistes. Concours Médicale. 1982; 104/15: 2462-2463.
97. LAMBERT et al: Hospital statistics in Europe. North Holland Pub. C. Brusids 1982.
98. LAIN ENTRALGO, P: Historia de la Medicina. Barcelona. Salvat Ed. 1978.
99. LANCET, The: Short subjects in the curriculum. The Lancet. 1980; 2/8193: 515.
100. LANCET, The: How to select medical studens?. The Lancet. 1981; 2/8254: 1029.
101. LENNOX, B. et al.: Comparison of admission criteria and medical school progress: preliminary results from a simple computer system. Medical education. 1979; 13/5: 374-379.
102. LEVY, D.: Evolution du peuplement médical au cours des derniers annés. Les disparités s'accroissent. Concurs medical. 1978; 100/1: 116-120.
103. LEVY, D.: La demografía médica en Bélgica.
104. LEVY, D.: Les professions de santé dans les sociétés indutrielles. Concurs Médicale. 1982. 104/24: 3959-3960.
105. LEVY, D.: Cent ans de démographie médicale. Concours médicale. 1979; 101/24: 4173-4176.

106. LEVY, D.: Combien de médecins en France aujourd'hui?. Des réponses diverses. Concours medical. 1979; 101/9: 1533-35.
107. LEVY, D.: La démographie médicale dans l'Europe des Neuf. Concours medicale. 1977; 99/12: 1916-1919.
108. LEVY, D.: Les Médecins libéraux en 1982. Le concours médical. 1982; 46: 7144-7145.
109. LY, V. Perspectives pour deux populations professionnelles. La population agricole et la population médicale. Population. 1979; 3: 549-566.
110. McKEOWN TH.: The role of medicine. Oxford. Basil Blackwell. 1979.
111. MAGGI WEST: Medical students attitudes toward basic sciences influence of a primary care curriculum. Medical Education. 1982; 6: 188-191.
112. MAYNARD, A. et al.: Doctor manpower 1975-2000: alternative Forecasts and their resource implications. Research Paper. 1978; 4: 16-26.
113. MAPELLI, V.: Les previsions de médecins à l'horizon 1985 dans les pays de la C.E.E. Cahiers de sociologie et de démographie médicales. 1981; 2: 57-68.
114. MATEU, J.F.: El médico y la libre circulación. Tribuna Médica. 1984; 1037: 28.
115. MATEU, J.F.: Reconocimiento mutuo de diplomas. Tribuna Médica. 1984; 1036: 20.
116. MATEU, J.F.: Los puestos de trabajo en los hospitales públicos. Tribuna Médica. 1984; 1039: 31.

117. MATEU, J.F.: Criterios en Odontología y Estomatología. Tribuna Médica. 1984; 1040: 25.
118. MAY, D. et al.: Cuckoo in the nest: some comments on the role of sociology in the undergraduate medical curriculum. Medical Education. 1980; 14/2: 105-112.
119. MEDICAL MANPOWER DIVISION: Medical and dental staffing and prospects in the NHS in England and Wales, 1981. Health Trends. 1982; 14: 28-33.
120. MEIKLE, T.H.: Selecting students for medical school in the United States. Danish Medical Bulletin. 1980; 27 suppl. 1: 21-28.
121. MEJIA et Al.: Migración de médicos y enfermeras. Ginebra. OMS. 1981.
122. MEJIA, A.: Les tendances mondiales du développement des personnels de santé: tour d'horizon. World Health statistics quarterly/Repport trimestrel de statistiques snaitaires mondiales. 1980; 33/2.
123. MENDENHALL, R.L.: A National Study of Medical and Surgical Specialties: An empirical Approach to the classification of patient care. J.A.M.A.. 1979; 241/20: 2180-2185.
124. MEDICINE PRACTICIENNE.: Halte à la plèthore médicale! Des solutions pour eviter le chômage des médécins. La Medecine praticienne.
125. MEDICINE PRACTICIENNE.: Démographie médicale: la profession est inquiète. La Medecine praticienne.
126. MEDICAL EDUCATION.: Selection of medical studens. Medical Education. 1979; 13/2: 77-78.

127. MEREDITH, K.E. et al.: Subjective and Objective Admissions factors as predictors of clinical clerkship performance. Journal of Medical Education. 1982; 57: 743-751.
128. MILTON, I, et al.: Strategics for Increasing Rural Medical Manpower in Five Industrialized Countries. Public Health Reports. 1978; 93/2: 142-146.
129. MILLER, G.T.: Objetivos de la enseñanza. Preparación de programas para la enseñanza de las profesiones sanitarias. Ginebra. OMS. Cuad. Salud Pública. 1974; 52.
130. MINISTERE DE L'ECONOMIE: Annuaire Statistique du Luxembourg, 1980. Luxembourg, 1980.
131. MINISTERE DE L'ECONOMIE: Annuaire Statistique du Luxembourg, 1981-82. Luxembourg, 1982.
132. MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES: Tablas sobre densidad de profesionales sanitarios en hospitales públicos y privados. Annuaire Statistique de la France, 1982; 87/29: 95, 102, 103, 124 y 125.
133. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: (Dirección General de Planificación Sanitaria. Servicio de Calidad Sanitaria). Estudio comparado y evolutivo del número de Odonto-estomatólogos en España por provincias y Comunidades autónomas. 1983.
134. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: (Gabinete Técnico del Ministerio). Informe sobre los servicio de Odontología en este país. 1983.
135. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Convocatorias para cubrir las plazas MIR. B.O.E.. 4-10-1975; 238: 21014-18 / 18-10-1976; 250: 20332-38 / 15-12-1977; 299: 237398-410 / 15-3-1979; 64: 6483-90 / 8-12-1979; 294: 28316-23 /

3-2-1981; 29: 2483-91 / 25-1-1983; 21: 1876-85 /
24-12-83; 307: 34463-86.

136. MITCHELL, K.R. et al.: Student characteristics on entry to an innovative medical programme. Medical Education. 1983; 17: 79-82.
137. MONIER, J.: A propos de reformes de 3e. cycle du generaliste et de l'internat. Le concours medicale. 1975.
138. MUTT. R. et al.: Doctors Career Choice: Previous research and its relevance for Policy Making. Medical Education. 1976; 10: 463-473.
139. NOSSAL G.J.V.: Science in the medical curriculum. The Lancet, 16-oct., 1976.
140. NUFFIELD PROVINCIAL HOSPITAL TRUST: Conference on Post-graduate Medical Education. Brit. Med. J. 1962; 1: 466-467.
141. O.M.S.: L'enseignement post-universitaire de la médecine dans la Région Européenne. Premier rapport complémentaire. Copenhague. Bureau Régional de l'Europe-O.M.S. 1979.
142. O.M.S.: La formación permanente du personal de Santé. Rapport d'un group de travail Copenhague, 1978.
143. O.M.S.: Continuing education of Health Personnel as a factor in Career Development. Euro Reports and Studies n° 6.
144. O.M.S.: La formation permanente du personnel de Santé et son évaluation. Euro Reports et etudes n° 33.
145. O.M.S.: Repertoire mondiale de Ecoles de Medecine. 5e. ed. Ginebra, O.M.S. 1980.

146. PAGE, G.G. et al.: The effect of continuing medical education programmes on clinical practice: fact or fantasy. Medical Education. 1979; 13/4: 292-297.
147. PARKHOUSE et al: Career preferences of doctors qualifying in the United Kingdom in 1979. Health Trends. 1981; 4/13.
148. PARKHOUSE, J. et al.: Career preferences of doctors qualifying in the United Kingdom in 1980. Health Trends. 1982. 15/2: 12-14.
149. PENTA, F.B.; TELDER T.V.: Medios Audiovisuales de enseñanza A: Preparación de programas para la enseñanza de profesiones sanitarias. Ginebra. OMS. Cuadernos de Salud Pública. 1974.
150. PAYET, J.: Démographie médicale: la grand peur. La médecine praticienne. 1979; 7-18.
151. PLANT, J.M. et al.: Improving Staff-Student Relations: Effects of a Humanistic Medicine Programme. Medical Teacher. 1980; 2/1.
152. PLATT REPORT: Report of the Joint Working Party on the Medical Staffing structure in the hospital service. London. HMSO. 1961.
153. PHILLIPE CADENE: Synthèse de la note de presentation de la réforme des études médicales présentée par le Ministère de l'Education Nationale et le Ministère de la Santé (11 Mai 1982). La Revue Hospitalière de France. 1982; 352.
154. P.L.G.F.: EL médico tiene que trabajar en libertad. Tribuna Médica. 1983.; 993: 8.
155. PROFESION MEDICA: Encuesta del Consejo General de Médicos. Profesión Médica. 1983; 13.

156. PURCELL E.: World Trends in Medical Education, Baltimore, The John Hopkins Press. 1971.
157. PURYEAR, J.B.: Descripción to the Interview Process in Selecting Studens for Admission to U.S. Medical Schools. Journal of Medical Education. 1981; 56: 882-885.
158. QUESADA, E.A.: Demografía médica. Jano. 1977. 294: 45-52.
159. QUESADA, E.A.: Estudio de la Evolución del número de médicos en España (1973-1979). Jano. 1982; 569.
160. REVUE HIOSPITALAIRE DE FRANCE: Questions de démographie médicale. La Revue Hospitalaire de France. 1982; 352: 456-464.
161. RICHARDSON, I.M.: Consumer views on the medical curriculum: a retrospective study of Aberdeen graduates. Medical Education. 17: 8-10.
162. RICHARDSON, I.M.: Examination performance and the future careers of Aberdeen medical graduates. Medical Education. 1980; 14/5: 356-359.
163. RIEKER, P.P. et al.: Translating Social Science Concepts into Medical Education: A model and curriculum. Soc. Sci. 141: 607-612.
164. RIPER J.: Caring and medical education. The Lancet, 1 de Enero, 1977.
165. ROSE, A.S.: Shake-up for medical education. The Lancet. 1981; 2/8250: 812.
166. ROTEM, A. et al.: In Search of Criteria for the assesment of medical education. Medical education. 1981; 15/2: 85-91.

167. ROUSSEAU, M.: Tableau d'ensemble de la répartition par sexe et âge des médecins au 1er janvier 1981 et perspectives d'évolution. Santé, sécurité sociale. Statistiques et commentaires. 1982; 5.
168. ROYAL COMMISSION ON THE NHS: Doctor manpower 1975-2000 alternative forecasts and their resource implications. London. Research paper n° 4 HMSO. 1978.
169. SAIEGH R.: Los recursos humanos para la salud. Annals de Medicina. 1977; LXIII/7.
170. SAMUEL, O.W.: Changing the method of selection at Northwick Park. British Medical Journal. 1982; 285: 1087-1090.
171. SCHOOLMAN H.M.: The role of the physician as a patient advocate, The New England Journal of Medicine. 1977; 2.
172. SCOTTISH COUNCIL FOR POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION: Career experience and Postgraduate Training: Survey of the 1965 and 1970 Graduates of the Scottish University Medical Schools. Edimburgh 1978.
173. SIDERIS, D.A. et al.: Admission process and final qualification of medical students. Medical Education. 1983; 17: 182-185.
174. SMITH JCC.: Training Doctors: A study of information Needs. Paper DHSS.
175. SNOW C.P.: Human care. JAMA. 1973; 225/6.
176. STATISTISCHES J.: Tablas de especialistas. Statistisches Jahrbuch 1982. pp. 384-385.
177. STATISTICAL Y.: Tablas sobre nº de especialistas distribuidos por años. Statistical Yearbook of the Netherlands 1981.

178. STEERING GROUP ON HEALTH SERVICES INFORMATION: A report from working group E: Manpower information. London 1982.
179. STEFANU, C. et al.: Selection of Primary Care as a Medical Career: Demographic and Psychosocial Correlates. Southern Medical Journal. 1980; 73/7.
180. STOUT, R.W. et al.: Integrated medical student teaching: A combined course in community medicine, general practice, geriatric medicine and mental health. Medical Education. 1982; 16: 143-146.
181. STRÖM G., WALTON H.J. (editors): Innovations in medical education. Medical Education. 1978; 12. (suplemento).
182. TALBOTT, J.A. et al.: The Role of Psychiatrists in the Medical School Admissions Process. Am. J. Psychiatry. 1981; 138.
183. THURMAN, J.C.: Some notes on the admission of graduate applicants to the medical schools. Medical Education. 1979; 13/1: 4-9.
184. TRIAS, R. et al.: Formació del postgraduat. Informe tècnic del GAPS. Barcelona. Col·legi de Metges de Barcelona. 1981.
185. TRIBUNA MEDICA: La libre circulació de mèdics en la CEE. Tribuna Medica. 1984; 1035: 10.
186. VAN DER VOORDE, F. et al.: A Quality Assurance Study of the Barium Enema. Quality Review Bulletin. 1981; 10-13.
187. VARIOS: El metge de capçalera en un nou sistema sanitari. 1979. Laia. Barcelona.
188. VARIOS: Malalts i professionals. Aspectes socio-culturals de l'atenció sanitària en el procés d'emmalaltir, XIIè Congrés de metges i biòlegs de llengua catalana, 1-4 de nov. de 1984. Poñencia: El procés d'emmalaltir.

189. WALKER, L.G. et al.: A medical curriculum: Evaluation by final year students. Medical Education. 1981; 15/6: 377-382.
190. WALTON, H.J.: The place of primary health care in medical education in the United Kingdom: a survey. Medical Education. 1983. 17: 141-147.
191. WALTON, J.N.: On training tomorrow's doctors: the Newcastle curriculum revised and reconstructed, British Medical Journal. 1977; 1: 1262-1265.
192. WCISLO, M.: Démographie des médecins spécialistes au 1er. janvier 1981. Santé, sécurité sociale. Statistiques et commentaires. 1983; 1: 113-146.
193. WEINGARTNER, R.H.: Selecting for medical School. Journal of Medical education. 1980; 55/11: 922-927.
194. WEST, M. et al.: Personality type and curriculum preference in primary care. Medical Education. 1982; 16/2: 94-96.
195. WEST, M. et al.: Medical students attitudes toward basic sciences: influence of a primary care curriculum. Medical Education. 1982; 16/4: 188-191.
196. WHITE K.L.: Life and Death and Medicine. Scientific American. september, 1973.
197. 162.- WILLIAMS, R.G. et al.: Medical teachers perspectives on development and use of objectives. Medical Education. 1982; 16/2: 68-71.
198. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Graduate medical education in the European Region. Euro Reports and Studies 77. Conhaque. Regional Office for Europe.

199. WOODWARD, C.A. et al.: The content of the medical curriculum at McMaster University: graduates evaluation of their preparation for postgraduate training. Medical Education. 1983; 17: 54-60.

200. YENS, D.P. et al.: Science versus Nonscience Undergraduate Studies for Medical School: A study of nine classes. Journal of Medical Education. 1982; 57/6: 429-435.

NECESIDADES DE PERSONAL
MEDICO EN ESPAÑA
VOLUMEN I

Trabajo realizado por el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) y financiado con la ayuda 83/1716 del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Barcelona, diciembre de 1984.

EQUIPO REALIZADOR

Jesús, A. Marcos, dirección

Xavier Casas, coordinación

Josep M^a Antó

Mercè Casas

Assumpta Company

José I. Cuervo

COLABORADORES TECNICOS

Xavier Castells

Asunción Rodríguez

VOLUMEN I

- Resumen del estudio
- Introducción
- Primera Parte

VOLUMEN II

- Segunda Parte
- Tercera Parte
- Apéndice
- Referencias bibliográficas

I N D I C E G E N E R A L

VOLUMEN I

	<u>Pág.</u>
<u>RESUMEN DEL ESTUDIO</u>	1
* * * * *	
<u>Capítulo 0. Introducción</u>	30
0.1 Precisiones conceptuales	32
0.2 Algunas dificultades metodológicas	36
0.3 Situación de la planificación de los profesiona- les de la Medicina	44
 <u>PRIMERA PARTE : OFERTA MEDICA EN ESPAÑA</u>	
<u>Capítulo 1. Evolución de los stocks de médicos</u>	50
1.1 Estudiantes de medicina	51
1.2 Oferta médica	65
. Problemas metodológicos	65
. Evolución de la población médica en el período 1960-1982	67
. Distribución por estructura edad y sexo	71

	<u>Pág.</u>
. Indices de mortalidad y jubilación	73
. Flujos migratorios	75
1.3 Distribución por especialidades	94
. Problemas metodológicos	94
. Tasa y densidad de especialistas	95
. Distribución por especialidades	97
. Especialidades deficiarias en España: Salud Pú blica y Odonto-Estomatología	99
<u>Capítulo 2. Distribución territorial de los médicos en</u> <u>España</u>	116
2.1 Introducción	117
2.2 Observaciones metodológicas	119
2.3 Distribución de médicos a nivel regional	121
2.4 Distribución de médicos a nivel provincial	130
2.5 Diferencias a nivel intraprovincial.....	142
2.6 Distribución territorial de médicos hospitala- rios	144
2.7 Conclusiones	152
2.8 Anexo: tablas estadísticas	154
<u>Capítulo 3. Distribución de los médicos por dependencia</u> <u>institucional y modalidad asistencial</u>	176
3.1 Ejercicio privado	177
. Formas de ejercicio privado de los médicos ...	178

	<u>Pág.</u>
. Ejercicio privado en los hospitales (1979) ...	181
3.2 Ejercicio en el sector público	192
3.2.1 Stock y evolución de los médicos del INSALUD .	192
. Número de médicos	192
. Evolución del número de médicos	193
. Plantillas orgánicas y reales del INSALUD ..	195
. Los médicos especialistas	196
. Distribución territorial de los médicos del INSALUD	197
3.2.2 La asistencia primaria en el INSALUD	198
. Número de médicos	198
. Distribución territorial de los médicos de asistencia primaria del INSALUD	200
. Los especialistas estrahospitalarios	203
3.2.3 La asistencia hospitalaria en el INSALUD	206
. Número de médicos	206
. Distribución territorial de los médicos de hospitales del INSALUD.....	208
. Distribución por especialidades.....	210
3.2.4 Otros médicos del sector público	211
. AISNA	211
. Corporaciones locales	212
. Médicos de hospitales clínicos	214
. Otros	
3.3 Síntesis y cuadros comparativos del ejercicio mé dico	260
. Síntesis del sector público	260

	<u>Pág.</u>
. Puestos de trabajo para médicos especialistas en el sector público	262
. El total de médicos en hospitales	263

VOLUMEN II

SEGUNDA PARTE: LAS PREVISIONES DE MEDICOS EN ESPAÑA

<u>Capítulo 4. Previsiones de oferta y demanda de médicos en España</u>	273
4.1 Previsiones de la oferta médica hasta el año 2.000	277
. Bases metodológicas para el cálculo de una pro yección del crecimiento médico en España	277
. Hipótesis para el cálculo de previsiones	279
. Evolución de la población médica total y acti- va durante el período 1985-2000	282
4.2 Previsiones de necesidades de médicos en el INSA LUD	305
. Necesidades de médicos generales y pediatras del INSALUD	305
. Necesidades de especialistas hospitalarios del INSALUD	308

4.3 Demanda de médicos del sector público en la perspectiva de la reforma sanitaria	311
. El futuro de la red sanitaria pública	311
. Hipótesis de necesidades de médicos en el sector público en el futuro	313
<u>TERCERA PARTE. SOBRE EL PROCESO DE FORMACION DEL PERSONAL MEDICO EN ESPAÑA. ALGUNOS TEMAS MAS IMPORTANTES</u>	320
<u>Capítulo 5. La reforma del sistema de formación pregraduada</u>	321
5.1 Consideraciones introductorias	322
5.1.1 Problemas fundamentales en la reforma del sistema de formación del personal médico	323
5.1.2 Las nuevas dimensiones de la práctica sanitaria como referencias necesarias del sistema de formación	326
. Una nueva conceptualización de la salud-enfermedad	328
. Recursos sanitarios y necesidades de la población	333
5.2 La situación actual	339
5.3 Hacia una reorientación de la formación pregraduada	346

	<u>Pág.</u>
5.3.1 El rol de la formación pregraduada en el conjunto del sistema de formación	349
. Creciente diversificación funcional de la <u>po</u> blación médica	350
. Necesidades de una formación básica común ..	352
. Papel central de la atención primaria de sa- lud	355
5.3.2 Saberes, competencias, habilidades, actitudes.	357
5.3.3 Sobre la organización del curriculum y la me- dología docente. Aprender a aprender.....	370
 <u>Capítulo 6. Formación potgraduada: Análisis del proceso de especialización</u>	 377
6.1 Criterios en la C.E.E. para la especialización médica	378
6.2 Desarrollo del programa MIR de formación postgra- duada (1976-1984)	408
. El programa MIR en España: evolución del 1976 al 1984	412
. Consideraciones en torno a la evolución del n <u>ú</u> mero de plazas adjudicadas para cada especiali- dad (1976-1984)	415
. Evolución del número de hospitales con progra- ma de formación postgraduada	419
6.3 Anexo: convocatoria MIR - 1985	435

	<u>Pág.</u>
<u>Capítulo 7. Formación continuada</u>	439
7.1 Evolución de la formación continuada	440
7.2 Campo de la formación continuada	445
7.3 El proceso de formación continuada.....	448
7.4 Metodología de la formación continuada	450
. La definición de objetivos	450
. La selección de las actividades de aprendizaje	452
. La evaluación de la formación continuada	455
7.5 La organización de la formación continuada	458
 <u>Apéndice: Anotaciones para un sistema de información</u>	
<u>sobre profesionales sanitarios: los médicos</u> .	461
1. Análisis del Flujo de Médicos	462
2. Necesidades de información	464
3. Proyecto de sistema de información de demografía	
médica	467
4. Anexos	472
 <u>Referencias bibliográficas</u>	478

I - RESUMEN DEL ESTUDIO

Introducción

El presente estudio es un análisis sobre los profesionales médicos, a situar en el marco general del tipo de trabajos que se han llamado "estudios sobre personal de salud", como fase previa a la planificación propiamente dicha. No es, pues, una propuesta de planificación de recursos humanos en el campo de la salud, ni quiere ser tampoco un estudio de gestión de estos recursos.

En los últimos años se han desarrollado nuevos estudios aplicados al cálculo de las necesidades de médicos; no obstante, hoy por hoy, ninguna metodología puede dar respuestas fiables y satisfactorias. Ello no implica, sin embargo, que el análisis de las tendencias en el pasado así como la elaboración de hipótesis sobre el futuro no tenga ninguna utilidad. Al contrario, constituyen los únicos puntos de referencia en que basarse para la toma de decisiones sobre personal de salud.

Una dificultad específica para estos estudios en nuestro país es la falta de un censo actualizado y fiable sobre los médicos en ejercicio que recoja su titulación así como el tipo de actividad que desempeñan. Esto obliga a manejar datos parciales y a consultar fuentes complementarias pero sin que pueda abarcarse de modo homogéneo la totalidad del colectivo médico.

PRIMERA PARTE.- LA OFERTA DE MEDICOS EN ESPAÑA

Capítulo 1.- Evolución de los stocks de médicos

Estudiantes de medicina

1. La plétora médica actualmente existente en España es consecuencia directa de la entrada masiva de estudiantes en las facultades de medicina durante la década de los setenta. Entre 1970 y 1983 el número de licenciados en medicina ha sido de 76.827; esta cifra representa el 63,6% del total de médicos colegiados a finales de 1982.

Como consecuencia de la introducción de medidas de selectividad al ingreso, medidas que se hicieron generalizadas a partir del curso 1978-79, el número de admisiones a las facultades de medicina ha ido bajando significativamente. De este modo, se ha pasado de 22.554 estudiantes de primer curso en 1976-77 a 6.724 en 1982-83.

2. En la CEE existen diferentes estrategias frente a la selectividad. Bélgica, Grecia, Italia y Luxemburgo no aplican selectividad al ingreso. Sí la aplican, en cambio, Alemania, Dinamarca, Francia, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido. En relación con las admisiones a las facultades de medicina, España, con una admisión por cada 5.661 habitantes en 1982-83, se sitúa a niveles parecidos a los de los países de la CEE. La proporción de graduados, sin embargo (1 graduado por 4.625 habitantes en 1982), permanece aún más alta que la media de la CEE.

3. Un fenómeno importante que se ha producido durante los últimos 10 años es la progresiva feminización de los nuevos graduados en medicina; el año 1983, un 40% de los mismos fueron mujeres.

Oferta médica

4. El número de médicos se ha duplicado entre 1960 y 1980 en los países de la CEE, registrándose un mayor incremento en la década de los setenta dentro del período antes citado. De los 310.351 médicos en 1960, la CEE pasó a 573.512 en 1980, lo que supone un incremento del 85% (Tabla 1.10) *. Lógicamente el ritmo de crecimiento no ha sido igual en todos los países: en este período, Francia ha multiplicado su población médica por 2,20 mientras que el Reino Unido lo ha hecho sólo por 1,62.

En el mismo período de tiempo, España ha incrementado su número de médicos más que cualquier país de la CEE. De 33.695 médicos en 1960 se ha pasado a 89.253 en 1980, con un incremento del 150% (Tabla 1.10), habiendo diferencias importantes entre las CCAA (Tabla 1.13): mientras en Canarias, por ejemplo, este incremento ha sido del 320%, en Extremadura ha sido sólo del 82%.

5. Si comparamos la evolución de la densidad de médicos (médicos por 10.000 habitantes) en la CEE y España entre 1961 y 1980, observamos que la CEE pasa de un cociente

(*) Las tablas y figuras que se citan en este resumen son las del texto del estudio; su numeración permite identificarlas en los capítulos respectivos.

de 12,9 a otro de 21,2 mientras España, en el mismo período, pasa de 11,7 a 23,9. Con anterioridad al período 1975-78, España tenía una densidad inferior a la de la CEE; es en esa época cuando se produce un incremento que nos sitúa por encima de la media de la CEE (ver figura 1.6.).

Considerando no la media de la CEE sino los países que la forman, Italia, Bélgica y Grecia se sitúan por encima de la densidad médica de España; todos los demás países se sitúan por debajo.

La distribución médica en España presenta diferentes importantes si la analizamos por comunidades autónomas. Mientras en Madrid la densidad médica es de 37,1 médicos por cada 10.000 habitantes, Castilla-La Mancha, por ejemplo, no llega a la media nacional de 19,9. Estas diferencias, que ya se observaban en los años sesenta, han conllevado crecimientos distintos por CCAA, presentando un incremento mayor durante el período que estamos considerando aquellas comunidades autónomas que tenían un menor número de médicos en 1960.

6. El crecimiento en el número de médicos se ha acompañado de dos fenómenos de gran interés: una feminización importante de la población médica y un significativo rejuvenecimiento del conjunto profesional. En España, en el año 1974, un 30% de los médicos tenían menos de 30 años y, según nuestras previsiones, este porcentaje será en 1985 de alrededor del 40%. Por lo que se refiere al proceso de feminización, baste pensar que de un 1,4% de mujeres en el conjunto de la población médica en 1960 se

ha pasado a un 20% en 1982. Ambos fenómenos pueden tener una incidencia muy significativa en la dinámica del mercado de trabajo de los médicos en las próximas décadas.

Distribución por especialidades

7. El análisis de la especialización médica conlleva dificultades importantes entre las que queremos destacar, en relación a nuestro estudio, la falta de concreción del término "especialista" y la dificultad de diferenciar entre el número de títulos de especialista librados y el número de médicos que ejercen una especialidad como actividad principal.
8. Tomando en consideración los médicos especialistas hospitalarios, la tasa de especialización (médicos especialistas por cada cien médicos totales) pasa en España de 61,8 en 1974 a 58,5 en 1979 (Tabla 1.23). Como referencia, podemos destacar que, en 1978, los países de la CEE con mayor tasa de especialización total (comprendiendo especialistas de hospital y de fuera del hospital) son Luxemburgo (76,8), Italia (48,3) y Alemania Federal (46,0).

Por lo que respecta a la densidad de especialistas (número de médicos especialistas por cada 10.000 habitantes), la densidad más alta entre los países de la CEE correspondía en 1978 a Alemania Federal con 9,5 médicos especialistas por 10.000 habitantes; para el mismo año, España tenía una densidad de 12 médicos especialistas por 10.000 habitantes, teniendo en cuenta que al hablar de España seguimos refiriéndonos únicamente a especia-

listas hospitalarios, lo que hace aún mayor la distancia entre España y la CEE.

9. La distribución por agrupaciones de especialidades en España -siempre refiriéndonos a médicos especialistas de hospital- nos da, para 1979, una estructura en la que cirugía general y especialidades quirúrgicas concentran la mayor proporción de médicos (24,8% del total), seguidos de medicina interna (17,9%). En la CEE, considerando todos los especialistas, hay un predominio de la medicina interna (13,0), seguida por cirugía (10,5%) y pediatría (9,0%).

La densidad específica de cada especialidad (número de especialistas de cada especialidad por 10.000 habitantes) sólo podemos obtenerla para España en referencia a los especialistas del INSALUD (hospitalarios y extrahospitalarios). Desde esta referencia, la comparación con el resto de los países de la CEE nos da, en la mayoría de los casos, unas densidades específicas similares (Tabla 1-27).

10. En España hay dos especialidades claramente deficitarias: salud pública y odonto-estomatología. En el caso de la salud pública, si aceptásemos el estándar de 200 especialistas en salud pública por cinco millones de habitantes, en la actualidad serían necesarios 1.500 médicos de esta especialidad; actualmente ejercen en este campo sólo 120 médicos contabilizando los médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional y los médicos epidemiólogos; esta cifra podría llegar a 655 si a los anteriores se añaden los inspectores del INSALUD.

La especialidad de odonto-estomatología ha experimentado durante los últimos veinte años un incremento mucho menor que el conjunto de la población médica. Si en 1960 había 0,9 dentistas por 10.000 habitantes, se pasa, en 1982, a 1,1 dentistas por 10.000 habitantes. Es decir, prácticamente no ha habido movilidad en la densidad de los dentistas durante este período. Analizando este fenómeno por CCAA, nos encontramos con los casos extremos de Asturias, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco, en las que la densidad de dentistas ha disminuido entre 1960 y 1980.

Al compararla con la CEE, nuestra actual densidad de dentistas es tres veces inferior a la inglesa y cinco veces inferior a la francesa y alemana. Si hubiéramos de alcanzar la densidad media actual de la CEE, nuestras necesidades adicionales serían de 15.760 dentistas. Por otra parte, la OMS sugiere el estándar de 2,9 dentistas por 10.000 habitantes; en referencia a este criterio, España tiene en estos momentos un déficit de 10.340 de estos especialistas.

Capítulo 2.- Distribución territorial de los médicos en España

11. El análisis de la distribución territorial de la oferta médica en España debe juzgarse a la luz de dos observaciones fundamentales: primera, que las tremendas insuficiencias de nuestro sistema de información impiden cualquier observación rigurosa por debajo del nivel de

provincia; segunda, que una determinada oferta de médicos no puede ser interpretada al margen de las necesidades de la población, de la oferta de otros recursos sanitarios humanos o materiales, complementarios del trabajo de los médicos, y de la productividad de éstos en la prestación de los servicios.

Distribución de médicos a nivel regional

12. A nivel de CCAA, el análisis de la oferta de los médicos no revela déficits valorables. Desde 1956 hasta la actualidad las diferencias "regionales" se han ido acortando; en el momento actual la razón "máxima densidad/mínima densidad regional" es de 2,01 (1982). La densidad regional más baja en España es la de Canarias con 19,5 médicos por 10.000 habitantes (4,87 médicos por 2.500 habitantes); esta densidad resulta superior a la densidad regional más baja de Alemania, Francia y Países Bajos.
13. Aunque en este análisis se preste especial atención a los posibles déficits de médicos o, en cualquier caso, a la ausencia de déficits valorables, esto no debe interpretarse en el sentido de que una alta densidad médica resulta favorable por sí misma. Al contrario, existen elementos para suponer que un exceso de médicos constituye una situación disfuncional que puede generar una presión en el mercado de la previsión de servicios y un consumo excesivo de los mismos, favorecido por las características de inelasticidad del mercado sanitario (capacidad del médico de determinar la demanda del paciente).

Distribución de médicos a nivel provincial

14. La evolución histórica de la oferta médica entre las distintas provincias de una misma comunidad autónoma muestra que, en la mayoría de los casos, se ha producido un crecimiento mayor en las provincias no-capitales, lo cual implica una redistribución de los recursos. Algunos factores determinantes de este fenómeno pueden ser la distribución de recursos tales como hospitales y el cambio de comportamiento de los profesionales como consecuencia de la plétora médica.

Diferencias a nivel intraprovincial

15. A nivel subprovincial, la información disponible en nuestro país permite únicamente diferenciar entre capital de provincia y resto de provincia; esta división, a todas luces insuficiente, lo es aun más por el hecho de informar solamente sobre el lugar de residencia y no sobre el lugar en que se realiza el ejercicio profesional. Un estudio efectuado en Barcelona en 1980 mostró que, si bien según los datos del INE la densidad médica del "resto de la provincia" era de 9,5 médicos por 10.000 habitantes, tal densidad se convertía en 15.8 si se tomaba el lugar de ejercicio en vez del lugar de residencia de los médicos.

Distribución territorial de médicos hospitalarios

16. Los datos disponibles respecto a este tema provienen de la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado, que informan sobre puestos de trabajo y no propiamente sobre médicos; de aquí que las cifras de

densidades puedan estar sesgadas, entre otros factores, por el hecho de que un mismo médico puede trabajar en varios centros a la vez. Teniendo esto en cuenta, he aquí algunos resultados del análisis; en el grupo de medicina interna y especialidades anexas, Cataluña tiene la mayor densidad (3,11 por 10.000 habitantes) y Extremadura la menor (0,95); en el grupo de cirugía y especialidades quirúrgicas, la densidad más alta corresponde a Madrid (4,26) y la más baja a Castilla-León (1,59); la mayor densidad de pediatras de hospital es la de Cataluña (1,05) y la menor, la de Castilla-León (0,51); la relación de ratios máxima-mínima densidad regional muestra que las máximas diferencias se encuentran en médicos de guardia y las mínimas en obstetricia y ginecología (Tabla 2.15).

Capítulo 3.- Distribución de los médicos por dependencia institucional y modalidad asistencial

El ejercicio médico privado

17. Alrededor del 55% de los médicos ejercen con licencia fiscal, a cargo de mutuas, entidades libres, a nivel particular o en hospitales privados. La consulta privada es la forma de ejercicio privado con mayor número de médicos.

En todas las formas de ejercicio, excepto en el hospital privado, la proporción de médicos con ejercicio privado disminuye considerablemente al disminuir la edad y es mayor entre los hombres que entre las mujeres (Tabla 3.1).

Al clasificar el ejercicio profesional (en el sector público o privado) según el tiempo de dedicación, destaca que un 61,7% de médicos en activo tienen su ocupación más importante, su primera actividad, en el sector público y un 53,8% de médicos en activo dicen tener su segunda actividad más importante en el ejercicio privado (Tabla 3.2).

18. Los hospitales privados ofrecen el 36,6% de los puestos de trabajo para especialistas médicos de hospitales en España, con 17.493 puestos, sobre un total de 64.419 camas, el 31,6% de todas las camas hospitalarias de España (Tablas 3.41 y 3.42).

Los hospitales privados ofrecen, proporcionalmente, comparando con el total del Estado, mayor ocupación laboral y mayor oferta de camas en cirugía y especialidades quirúrgicas y en obstetricia. El 23,9% de los médicos con ejercicio en hospitales privados se concentra en hospitales particulares en el ejercicio de la cirugía general y especialidades.

En psiquiatría, en términos relativos, hay mayor proporción de camas que en el sector público pero menor número de puestos médicos, con una relación médicos/cama muy baja (Tablas 3.41, 3.42. y 3.43).

La relación global de camas por médico es menor en el sector privado, con un índice de 3,7, frente a un 4,6 del sector público. Ello se debe al alto número de médicos por cama en los hospitales de la Cruz Roja y al bajo número en los hospitales del Ministerio de Defensa y de las Diputaciones, considerados respectivamente sector privado y sector público (Tabla 2.30).

El ejercicio en el sector público: general

19. En el sector sanitario público se ofertan, a diciembre de, 1982, 70.704 puestos de trabajo. El 54% corresponde a la asistencia primaria, con 38.189 médicos, siendo la práctica totalidad de estos médicos del INSALUD (36.263 puestos de trabajo). El 43,9% pertenecen a la asistencia hospitalaria, con 31.028 médicos. En este caso al INSALUD le corresponde un 60% (18.944 puestos) del total de estos puestos de trabajo; le siguen las Corporaciones Locales (5.708 puestos) y los Clínicos (4.306). Finalmente, existe un reducido número de puestos de trabajo en actividades no estrictamente asistenciales, con 1.487 médicos, que van desde epidemiólogos a Inspectores del INSALUD, forenses, etc.
20. El número total de puestos de trabajo de especialistas en el conjunto del sector público lo estimamos en 50.333. Si cada puesto correspondiera a un único y distinto especialista, habría 13,1 especialistas por cada 10.000 habitantes en el sector público. Estos puestos se reparten entre un 62% para especialistas de hospitales, un 35% del nivel primario (INSALUD-AISNA) y un 3% en otras actividades. Cabe pensar que esta puede ser una buena aproximación al número y tasa real de especialistas en España.
21. Se ha producido un incremento en las plantillas médicas de los hospitales del sector público, pasando de 5 camas por médico en 1974 a 4,6 camas en 1979 (tablas 3.10). No obstante, el índice correspondiente en los hospitales del sector privado hemos visto que era de 3,7 en el mismo período y el del INSALUD era de 3,6.

El ejercicio en sector público: EL INSALUD

22. El 50% de los médicos de España, a diciembre de 1982, trabajaban en el INSALUD, siendo un total de 51.945. A ellos se deben añadir 3.262 médicos en el programa MIR, en hospitales del propio INSALUD, que representan un 3% adicional. El total de médicos, en plantilla y en formación, sería de 55.207, que corresponden al 53% de licenciados médicos de España. Ello nos da un índice de 603 hb/médico entre la población beneficiaria del INSALUD y de 690 hb/médico entre la población total.
23. Desde 1974 hasta diciembre de 1982 se han incorporado un total de 13.603 nuevos médicos al INSALUD, lo cual representa un incremento del 33% del personal contratado. El 4% corresponde a incremento de médicos en formación. Del 29% restante, el 68,3% son especialistas y el 31,7% médicos generales, pediatras y de urgencias (Tabla 3.9 y Figura 3.2). No obstante, ello no se ha traducido en un incremento en la tasa de médicos de INSALUD por población protegida, lo cual nos hace suponer que el stock de médicos del INSALUD ha crecido sólo para poder cubrir la mayor incorporación de beneficiarios (Tabla 3.10).

A pesar de este incremento, mientras los médicos que trabajan en INSALUD, en el período considerado, representan el 53% de médicos totales de España, en 1974 el porcentaje había sido del 76%.

El 6,8% de la plantilla orgánica del INSALUD no está cubierta, dándose los desajustes más importantes entre especialistas de hospitales (11,4%) y extrahospitalarios (7,8%) (Tabla 3.11)

24. El conjunto de médicos que desarrollan sus tareas asistenciales en el nivel que el INSALUD denomina "asistencia primaria" es, con datos de diciembre de 1982, de 36.263 (65,7% del total de INSALUD), todos ellos ejerciendo en centros extrahospitalarios. Se distribuyen entre: médicos generales, con 16.861 (30,6% del total de INSALUD); pediatras, con 3.617 (6,6%); médicos de urgencias, con 2.010 (3,6%); y especialistas de cupo, con 13.775 (24,9%).

Hay 1.558 beneficiarios menores de ocho años por pediatra, 1.908 beneficiarios mayores de siete años por médico general y 1.936 beneficiarios por especialista extrahospitalario.

25. El número de médicos hospitalarios que trabajan en el INSALUD, a diciembre de 1982, es de 18.944; representan el 34,3% de todos los médicos del INSALUD y el 39,6% de todos los médicos de hospitales. De estos médicos, 3.262 (17,2%) están en período de formación y 15.682 (82,8%) son especialistas. De ellos dependen 56.266 camas para agudos, que es el 28% de las camas hospitalarias de agudos del Estado.

En la actualidad se están construyendo 9.689 camas en el INSALUD; con ello, el índice de camas por mil beneficiarios será de 2.0 y de camas por mil habitantes, de 1,7. El número de camas por médico es 3,6 para todo el Estado (Tablas 3.27).

26. Hay 29.457 médicos especialistas en INSALUD, lo que representa el 53,3% del total de sus médicos, sin incluir los pediatras ni los médicos en formación. Si incluyése-

mos los pediatras, el número total de especialistas sería de 33.074, es decir, el 59,9% de los médicos de INSALUD. La tasa de especialistas del INSALUD es de 8,66 por cada 10.000 habitantes (beneficiarios más no beneficiarios) (Tablas 3.12). Considerando sólo los médicos especialistas extrahospitalarios, su tasa es de 4,56 médicos por 10.000 habitantes, siendo la de especialistas hospitalarios, de 4,1 (Tabla 3.13).

27. La distribución territorial del conjunto de médicos del INSALUD no está relacionada con la población a la que debe atender, con lo cual se dan desequilibrios entre las CC.AA.

Ejercicio en el sector público: OTROS

28. En el resto del sector sanitario público se contabilizan hasta 15.497 puestos de trabajo, siendo los más numerosos los propios de hospitales clínicos, con 4.306 médicos y los médicos de hospitales de Corporaciones Locales, con 5.708 (el 80% en centros de las Diputaciones). Hay, así mismo, una pequeña cantidad de médicos dedicados a actividades en muchos casos no estrictamente asistenciales (Tablas 3.34 a 3.43).

SEGUNDA PARTE.- LAS PREVISIONES DE MEDICOS EN ESPAÑACapítulo 4.- Previsiones de oferta y demanda de médicos en España.Previsiones de la oferta médica hasta el año 2.000

29. Utilizando los últimos datos disponibles en España en cuanto a la estructura por edad y sexo de la población médica, es decir la Encuesta del INE del año 1975, hemos realizado una serie de proyecciones de la población médica para el año 2.000.

Según estas proyecciones y según la hipótesis más desfavorable, es decir, una tasa de feminización baja y una mortalidad estudiantil también baja, la población médica se empezaría a estabilizar a partir de 1990.

Así, si entre 1980 y 1990 el efectivo había aumentado en 1,6 veces, entre 1990 y el año 2000 aumentaría en 1,2 veces.

De cualquier forma y aun aceptando una hipótesis más favorable, es decir alta feminización y alta mortalidad estudiantil, el año 2000 tendríamos alrededor de 134.331 médicos activos lo que supondría, según las previsiones de crecimiento de la población del INE, una densidad de 30 médicos por cada 10.000 habitantes.

Previsiones de necesidades de médicos en INSALUD

30. Del análisis del número actual de médicos generales y pediatras del INSALUD y aplicando diversas hipótesis según cobertura, índices población/médico y edad de adscripción de beneficiarios, se obtienen las previsiones

de necesidades de médicos de INSALUD en un futuro. Entre los médicos generales se observa que siempre existe un exceso sobre la base del número de los que actualmente ya trabajan en el INSALUD, siendo aun menos favorable la hipótesis de ampliación de la edad pediátrica a 14 años. Entre los pediatras ocurre lo contrario, siendo mínimas las variaciones entre necesidades y número actual al mantener la edad pediátrica en 7 años, y creándose importantes necesidades en caso de aumentarse la edad pediátrica a 14 años (Ver punto 3.2).

31. Partimos de que la cobertura hospitalaria del INSALUD no es total, por lo cual debe concertar servicios en otros sectores públicos y privados, siendo el número de camas/médico bajo en INSALUD. Por ello, previendo la próxima integración de todo el sector público y la transformación del trabajo de los especialistas extrahospitalarios del INSALUD, pensamos que no cabe plantearse la ampliación de la plantilla de médicos de los hospitales del INSALUD, pensamos que no cabe plantearse la ampliación de la plantilla de médicos de los hospitales del INSALUD al margen de la racionalización de todo el sector hospitalario público, tanto en médicos y otro personal sanitario como en número de camas.
32. Las necesidades anuales de ampliación de plazas por crecimiento vegetativo de la población y de cobertura de "mortalidad" médica, se concretan en unos 580 puestos para médicos generales, 150 para pediatras y 940 para médicos especialistas de hospitales, con 1.200 nuevas camas hospitalarias.

Demanda de médicos del sector público en la perspectiva de la reforma sanitaria

33. Hemos efectuado una aproximación al número de médicos que se precisarían para atender las necesidades sanitarias de la población española en caso de que se creara una única red sanitaria pública que cubriera la asistencia sanitaria de toda la población, que reorientara las funciones de ciertos colectivos médicos (AISNA, beneficencia, sanidad nacional, especialistas extrahospitalarios de INSALUD...) y aplicara estrictamente las incompatibilidades (ver punto 3.2). El total de médicos necesarios para 1983, aplicando diversas hipótesis a la población del 1982, sería de 72.004 para todo el sector público, lo que representa un índice de 529 hb/médico o 19 médicos por cada 10.000 hb. (ver tabla 4.15). La distribución de los médicos por niveles asistenciales sería del 42,8% en asistencia primaria, del 53,2% en los hospitales y del 4,0% en otras actividades.
34. La creación de nuevos empleos, que la aplicación de estas hipótesis produciría, se distribuiría entre unos 3.000 de odontología, 600 de psiquiatría, 1.200 de salud pública, unos 3.000 para médicos especialistas hospitalarios, y pequeños incrementos en servicios de diagnóstico, médicos de urgencia y pediatras (a menos que se modificara la edad pediátrica, en cuyo caso el aumento sería notable).

En total podría disponerse de un mínimo de 7.800 puestos de trabajo nuevos en el sector público, de los cuales sólo 1.300 de nueva creación por ampliación de

plantilla, siendo el resto resultado de vacantes que proporcionarían la aplicación estricta de las incompatibilidades.

35. Las necesidades anuales por crecimiento poblacional y mortalidad médica se cifrarían alrededor de 2.000 médicos.

TERCERA PARTE.- SOBRE EL PROCESO DE FORMACION DEL
 PERSONAL MEDICO EN ESPAÑA. ALGUNOS TEMAS
 MAS IMPORTANTES.

Capítulo 5.- La reforma del sistema de formación
pregraduada.

Consideraciones introductorias

36. Entre los problemas más importantes a que ha de hacer frente el sistema de formación médica, cabe destacar, por una parte, la necesidad de convertir la formación del personal médico -formación pregraduada, postgraduada y continuada- en un proceso continuo y coherente de aprendizaje, lo que exige una profunda transformación de sus objetivos particularmente por lo que se refiere a la formación pregraduada como base insustituible del proceso, y, por otra parte, la necesidad de que el sistema de formación ajuste sus postulados básicos (sus objetivos, sus contenidos, sus métodos) a las dimensiones y exigencias con que hoy se plantea la práctica sanitaria en su sentido más amplio.

Los grandes cambios que se han ido generando en la concepción de la salud y la enfermedad están transformando los postulados de la práctica sanitaria pero continúan sin tener una traducción significativa en el sistema de formación del personal médico y ello ha creado una profunda y creciente discrepancia entre el mundo de la práctica médica y el mundo de la enseñanza de la medicina: las instituciones docentes siguen produciendo un tipo de médico cuyos conocimientos y cuyo adiestramiento no han sido programados en función de la estructura real de las necesidades sanitarias de la población.

37. Entre las nuevas dimensiones de la práctica sanitaria que merecen destacarse como más significativas por sus implicaciones para el sistema de formación del personal médico, podemos señalar: a) una nueva conceptualización de la salud-enfermedad; b) la importancia creciente de la salud pública como elemento integrante de los servicios de salud; c) el reconocimiento práctico, cada vez más asumido en el mundo sanitario, del peso que tienen los factores psicosociales y culturales, y la importancia creciente de las funciones de información, educación y ayuda como base y como instrumento fundamental de la atención al enfermo y de la promoción de la salud de los individuos y de la comunidad; d) la necesidad de introducir criterios económicos y de racionalización organizativa y de gestión en todos los niveles de prestación de servicios de salud; e) la importancia creciente de la atención primaria como base y como problema fundamental del sistema sanitario.

La situación actual

38. El sistema actual de formación pregraduada viene definido por una incapacidad radical para responder a estas nuevas dimensiones de la práctica sanitaria. Y ello, tanto por los objetivos y contenidos reales sobre los que se estructura y configura como por la manera de organizar el currículum y por el tipo de metodología docente que utiliza.

Hacia una reorientación de la formación pregraduada

39. Una reorientación de la formación pregraduada debe basarse en una previa clarificación de los objetivos que esta fase de la formación ha de cubrir en el conjunto del sistema de la formación médica. La formación pregraduada debe ser el proceso de aprendizaje que fundamenta científica y profesionalmente las especialidades posteriores a la vez que da coherencia, como expresión de funciones integradas en un todo único, a la variedad de tareas-funciones en que se materializa el ejercicio médico, evitando así que esta variedad haga perder de vista el carácter unitario y global de la salud-enfermedad. Por ello, debe proporcionar, teniendo como referencia básica el mundo sanitario de la atención primaria, el conjunto de saberes, competencias, habilidades y actitudes que constituyen la base imprescindible de la práctica médica, sea cual sea el campo de especialización en el postgrado y sea cual sea el campo concreto de tareas-funciones del ejercicio profesional.

40. Por lo que se refiere a los contenidos docentes, la formación pregraduada debe asegurar, entre otros objetivos:
- a) una aproximación científica seria y rigurosa al fenómeno salud-enfermedad en sus mecanismos y causas generales y en sus expresiones problemáticas más frecuentes, desde una perspectiva unitaria y global;
 - b) un sólido adiestramiento en las bases y en la práctica de la metodología científica;
 - c) una adecuada preparación teórica y práctica en el conjunto de saberes científicos, técnicos y metodológicos que constituyen la medicina clínica;
 - d) la adquisición de actitudes, valores y pautas de comportamiento que sean acordes con los objetivos de la medicina como profesión al servicio de la salud y en la que el respeto y el bien de las personas debe estar siempre por encima de cualquier otra consideración.
41. En relación con la organización del currículum y la metodología docente, una reorientación de la formación pregraduada debe poner especial énfasis en:
- a) desarrollar, orientándola a la solución de problemas concretos, la capacidad de evaluación y de crítica tanto de la información necesaria para tomar decisiones como de la relación entre las medidas adoptadas, los recursos empleados y los resultados obtenidos;
 - b) desarrollar la capacidad de autoaprendizaje;
 - c) integrar los aspectos teóricos y prácticos del proceso de formación mediante una interrelación constante y activa entre las ciencias básicas y las ciencias clínicas y entre el conjunto de saberes científicos y la experiencia y el aprendizaje prácticos; la formación pregraduada ha de proporcionar

al futuro profesional la experiencia de cómo los problemas concretos son analizados, entendidos y resueltos porque en ese proceso se han utilizado los conceptos y los métodos científicos de las ciencias básicas y de las ciencias clínicas.

42. Entre los requisitos más importantes que se derivan de los objetivos anteriores, podemos destacar: a) la necesidad de superar el sistema de asignaturas y de poner en cuestión el significado actual de los departamentos así como el modelo secuencial (ciencias básicas-ciencias clínicas) en que actualmente se organiza la formación pregraduada; b) la necesidad de que todos los recursos asistenciales (ambulatorios y asistenciales) y de salud pública puedan ser utilizados como marcos educativos; c) la necesidad de que el aprendizaje práctico se apoye no sólo en las prácticas clínicas sino en todo tipo de actividades que desarrollen el sentido crítico y la capacidad de autoaprendizaje; d) la necesidad de que los profesionales de la atención primaria, en sus diferentes especialidades, jueguen un papel protagonista en todo el proceso de formación pregraduada, como profesores, como tutores, como supervisores de prácticas, etc.

Capítulo 6.- La formación postgraduada: análisis comparativo del proceso de especialización médica.

Criterios en la CEE para la especialización médica

43. Todos los países europeos analizados disponen de programas de docencia y formación postgraduada. Como ca-

racterísticas comunes, destacamos: a) a pesar de los intentos de reducción del número de especialidades, es notable la tendencia a incrementar este número y el de subespecialidades; b) la revisión periódica de los sistemas de especialización con mayor o menor intensidad, que reafirma la necesidad de flexibilidad y evaluación continua en los programas de formación postgraduada; c) el reconocimiento de la Medicina General o Medicina de Familia como especialidad médica, cada vez en más países; d) los intentos de homogeneizar las denominaciones y programas de formación para superar la considerable heterogeneidad existente; e) el papel exclusivamente de referencia de las normas comunitarias.

Desarrollo del Programa MIR de formación postgraduada (1976-84)

44. El programa MIR es y ha sido la vía principal de formación de especialistas en España.

Durante muchos años las plazas se convocaban dispersamente, los programas de una misma especialidad eran, en contenido y duración, diversos y la selección descentralizada. En definitiva, no existían criterios homogéneos de formación y selección. El primer intento de planificación y reforma del sistema se realiza en 1977 mediante la creación del "Plan Nacional de Formación de postgraduados", que unificó los criterios de formación del postgraduado a nivel estatal, creó una convocatoria estatal única con examen unificado, espe-

cificó los contenidos de los programas de formación y fue vinculando progresivamente a las diferentes entidades y colectivos interesados.

A partir de 1978 se inicia una gradual pero continuada reducción anual de las plazas convocadas, y ello debido a que, aunque se desconocían las necesidades a medio y largo plazo de las diversas especialidades y no se había hecho ningún tipo de precisión, se comenzaba ya a asistir a una subocupación e infrautilización de especialistas.

No obstante, la disminución del número de plazas, necesaria, no fué seguida de una racionalización de distribución de las especialidades de acuerdo con los déficits del sistema sanitario español.

45. Durante los años 1976-1984 se han convocado 18.319 plazas de especialistas. En la actualidad hay 8.629 médicos en los diversos años del programa de formación de postgraduados, lo que hace prever un promedio de salidas de 1.900 especialistas al año hasta 1.987.

Respecto a la distribución de las especialidades en estos años, se produce un incremento en el número de plazas convocadas para las especialidades básicas: Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Pediatría y Obstetricia y Ginecología con más de 1000 plazas en cada caso.

Asimismo hay una tendencia al aumento de algunas especialidades que se detectan como deficitarias, principalmente: Bioquímica Clínica, Inmunología, Oncología y Reumatología y Psiquiatría. con las excepciones de Odontología y Salud Pública, la incorporación de 7.570 espe-

cialistas, que finalizarán entre 1.984-1987 su período de formación postgraduada, es suficiente para satisfacer la demanda que supone la apertura de las 12.137 camas de hospitalización en construcción.

Así pues, la necesidad de nuevos especialistas vendrá condicionada por el aumento de la oferta hospitalaria.

46. El R.D. 127/1984 de 11 de enero de formación médica especializada hace, en la práctica, de la residencia la única vía de acceso al título de especialista, con la salvedad de las vías excepcionales para la Salud Pública y la Odontología.

Con ello se cierra un período que se inició con la Ley 20/7/1955 sobre Enseñanza, Título y Ejercicio de las Especialidades Médicas, que había creado una situación confusa y cambiante a través de sucesivas modificaciones y que en ningún caso llegó a asimilar la titulación de especialista con el reconocimiento oficial de una formación adecuada y demostrada en un área de la medicina. Las disposiciones transitorias siempre permitieron vías anómalas tanto en la ley de 1955 como en la normativa posterior: Orden de 1962, R.D. 2015/1978 y R.D. 1/1981, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas.

Capítulo 7.- La formación continuada.

47. Al abordar el tema de la formación continuada se puede caer en la tentación de empezar enfocando la exigencia de racionalizar este campo en base a ampliar la oferta de posibilidades formativas, hacerla aceptable a los

profesionales, institucionalizarla adecuadamente, administrarla científicamente, etc. Sin embargo, la exigencia fundamental no es de esta índole; plantear en profundidad la formación continuada significa replantear las relaciones hoy existentes entre los sectores científicos, docentes y asistenciales. Una relación que hasta ahora ha sido burocrática y subordinada de la mayoría de los médicos asistenciales respecto a algunas élites hospitalarias y universitarias, y superar esta relación implica, inevitablemente, recualificar el trabajo sanitario extrahospitalario con una orientación clínico-epidemiológica y preventiva de manera que signifique también la posibilidad de investigar y hacer docencia en este nivel de atención de salud.

Actualmente los programas de formación continuada son todavía esporádicos, a menudo vinculados a iniciativas individuales y que difícilmente presentan un tipo de organización que sea fruto de una planificación a nivel nacional.

48. En los países del Este es la Administración del Estado la que se encarga de asesorar la formación permanente del personal sanitario. Está organizada a través de las Instituciones Académicas y Asistenciales a nivel nacional y regional. A veces existen instituciones específicas para este fin: El Instituto de Enseñanza Médica Post-universitaria en Hungría.

En los países occidentales la situación es mucho más diversificada, con mayor protagonismo de las Instituciones Privadas, Benéficas o Profesionales. Un ejemplo

lo tenemos en el papel que ha jugado en el Reino Unido el Nuffield Provincial Hospital Trust.

Alguna de las características organizativas más generalizadas en los países occidentales puede ser la preponderancia de los hospitales en la programación de actividades de formación continuada para profesionales, tanto de ámbito hospitalario como extrahospitalario. También debe considerarse el papel jugado por Universidades, Colegios Profesionales y Asociaciones Científicas.

De todas formas, las diferencias entre unos países y otros parecen estar sobre todo en función de sus características sociopolíticas y de organización del sistema sanitario, y, por tanto, en muchos países occidentales no existe una planificación a nivel nacional de la formación continuada del personal sanitario. Planificación que, por otro lado, no es sinónimo de eficacia.

49. Para favorecer la operatividad se ha aconsejado una serie de criterios funcionales que deberían caracterizar a cualquier tipo de organización de la formación continuada: a) que sea capaz de adaptarse a la evolución de las necesidades en materia de salud, así como de responder a las demandas y necesidades administrativas; b) tener en cuenta el proceso de la ciencia y de la técnica en las disciplinas en cuestión; c) conocer las corrientes de pensamiento en todas las profesiones implicadas; d) ser capaz de promover la participación en la formación permanente; e) poder disponer de una amplia oferta de recursos educativos; f) tomar un interés activo en las operaciones de seguimiento y evaluación.

50. Sin embargo, ésta no es únicamente una cuestión organizativa. Más allá de los aspectos puramente administrativos está la cuestión de hasta qué punto un profesional, graduado en la Universidad y que ha seguido un período de formación de postgrado está en condiciones de ejercer, sin restricciones, siempre y cuando se encuentre en condiciones psicofísicas adecuadas, o al contrario, es preciso que confirme periódicamente que mantiene un nivel de competencias adecuadas.

Este es el debate detrás del cual se dirime la cuestión de implantar una formación continuada obligatoria, normalizada e institucionalizada, o bien mantener un proceso de base fundamentalmente voluntarista.

0. Introducción

Previamente a iniciar un trabajo de la complejidad del presente, parece obligado hacer algunas precisiones conceptuales y metodológicas que permitan situarlo claramente.

Este estudio no es una propuesta de planificación de recursos humanos en el campo de la salud. Ni quiere ser tampoco un estudio de gestión de estos recursos. Es un análisis sobre los profesionales médicos a situar en el marco general del tipo de trabajos que se han llamado "estudios sobre personal de salud", como fase previa a la planificación propiamente dicha.

Las observaciones que siguen nos ayudarán a definir mejor tanto los objetivos como los límites en que el presente trabajo ha sido planteado y realizado.

0.1. Precisiones conceptuales

Existe a menudo una notable ambigüedad y confusión en términos como planificación, gestión y estudios sobre recursos humanos. Sin ánimo de establecer definiciones acabadas sobre cada uno de estos conceptos, sí es obligado poner de relieve aquellos aspectos fundamentales de los mismos que permitan situar claramente los objetivos y alcance del presente estudio.

Planificación de recursos humanos

Por planificación de recursos humanos se entiende, tradicionalmente, el conjunto de procesos a través de los cuales se pretende asegurar la existencia, en el momento y lugar adecuados, del número de personal, con determinadas habilidades y conocimientos, que permita hacer frente a unas necesidades previstas.

Dicho concepto es, por tanto, extraordinariamente complejo e incluye:

- a) Estudio cuantitativo (número y distribución) y cualitativo (capacitación) de las existencias en el presente y su evolución pasada.
- b) Previsión o pronósticos de evolución cuantitativa y cualitativa de dicho stock en el futuro.
- c) Evaluación de los recursos adecuados para atender unas necesidades cuantificadas de los mismos.
- d) Comparación de los pronósticos de existencias con las necesidades y evaluación de los déficits o excesos.
- e) Propuestas de actuación para la corrección de las desviaciones.

Las incertidumbres y dificultades en las que habitualmente se desenvuelven estos procesos son notables, y no deben ser despreciadas. Se procederá más adelante a una identificación de las mismas para cada caso, centrándonos en la profesión médica.

Estudios sobre personal de salud

La necesidad de clarificación de las diferencias existentes entre un estudio sobre planificación y un estudio sobre personal de salud es corroborada por un Comité Científico de la OMS:

"A veces existe una cierta confusión entre la planificación del Personal de Salud (P.P.S.) y la ejecución de un estudio sobre Personal de Salud. Estas expresiones no son sinónimas. La planificación es el proceso antes descrito del cual un estudio sobre personal de salud no es más que una fase. Estos estudios suelen centrarse únicamente en ciertos aspectos del proceso de PPS y más concretamente en el acopio de datos, su análisis y la formulación preliminar de diferentes planes posibles. La ejecución de un estudio sobre personal de salud no garantiza en modo alguno la aplicación de recomendaciones que en él se formulan: muchos han ejercido una influencia escasa salvo en sus autores" (1).

(1) T.L. Hall y A. Mejia. "Planificación de personal de Salud. Principios, métodos y problemas". OMS Ginebra. (1979)

Es decir, utilizando la descripción de tareas que comprende el proceso de planificación de personal de salud más arriba expuesto, podemos considerar que el estudio sobre personal de salud se encuadraría en las dos primeras fases. Sin agotarlas, ya que al proseguir el proceso de planificación fácilmente pueden surgir nuevas necesidades de reorientación y profundización de los estudios previos orientados a objetivos analíticos específicos.

Gestión de recursos humanos

La gestión del personal de salud debería estar relacionada con el uso eficaz y eficiente de dichos profesionales (1). Las acciones y procesos utilizados para ello van a incidir directamente en el stock de médicos, distribución, etc. Por tanto, la planificación aislada de dicho proceso de gestión, del que debe ser parte, se convierte en mera albacea testamentaria de hechos consumados, originando a menudo la confusión comentada entre planificación y estudios de personal de salud.

Sin los objetivos y prioridades generales que presiden la toma de decisiones en el proceso de gestión, difícilmente podrá desarrollarse un proceso de planificación coherente, realista y aplicable. La gestión de personal será difícilmente eficaz si no está sustentada sobre un adecuado proceso de planificación. Y si éste, por otro lado, no incorpora elementos de coste, uso,

(1) Batchelor, I. Williams, A. "Issues of Manpower Planning and management in the NHS" KF Project Paper nº RC17 King's Fund Center London.

etc., al estudio y análisis de la evolución y situación de la oferta de trabajo, difícilmente llegará a enunciar hipótesis explicativas reales, y, mucho menos, orientaciones de futuro sobre las políticas a adoptar.

En el sentido de las anteriores consideraciones merece destacarse el concepto de gestión frente al de control de personal, al que habitualmente se reduce, y que se refiere exclusivamente al seguimiento del desempeño del puesto de trabajo. (1)

La gestión de recursos humanos debe basarse en 3 áreas de información:

- . Información personal (características individuales, formación, especialización, etc.)
- . Información económica y financiera.
- . Información sobre actividad laboral.

Es sólo sobre este soporte de información común como puede desarrollarse un proceso de gestión y planificación eficaz.

(1) Steering group on Health Services Information. "A report from working group E: Manpower information" London (1982)

0.2. Algunas dificultades metodológicas

Veamos las dificultades de cada fase del proceso de planificación.

a) Descripción y evolución retrospectiva

Aunque indudablemente más asequible que otros aspectos, el desarrollo de dicho estudio es, como se ha puesto de relieve en esta investigación, extraordinariamente difícil por los problemas derivados de la falta o mala calidad de la información existente. El resultado final difícilmente puede incorporar explicaciones sobre los fenómenos hallados. Cabe destacar la fragmentación de la información existente en las distintas parcelas reseñadas más arriba. También deben destacarse en este punto las dificultades, a menudo la imposibilidad, de incluir en el estudio todos los factores y elementos que han estado interviniendo en su evolución.

b) Proyecciones de futuro

Las previsiones de recursos de personal para los procesos de planificación han resultado metodológicamente muy problemáticos.

Según Ray y Andreano* (el primero, de la división de planificación de recursos de personal de salud en la OMS - Ginebra y el segundo, profesor de economía en Wisconsin (USA). (1):

* Andreano hizo una monografía para el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de U.S.A. en el año 1973 titulada "Planning a National Health Policy: A critique and a strategy".

(1) D. Ray y R. Andreano. Aspectos económicos de la planificación de recursos de personal de salud. A: T.L. Hall y A. Mejía Op. cit. pág. 315.

"La manera como se ha llevado a cabo la planificación de recursos de personal hasta el presente no ha sido muy eficaz. Con frecuencia se considera que es un proceso mediante el que se prevén las necesidades y las ofertas futuras y por el que se rectifican los desequilibrios adoptando las medidas oportunas. La previsión de las futuras necesidades de personal ha sido elemento fundamental del proceso de planificación y se han utilizado con ese fin instrumentos cada vez más complejos".

Todavía más categórica resulta la siguiente opinión recogida por estos autores:

"A pesar de la intensa labor desarrollada en el decenio de 1960, casi todas las previsiones relativas a los recursos de personal -tanto en los países desarrollados como en los en desarrollo y sectorialmente limitadas o referentes a todas las ocupaciones- han resultado un fracaso en el plano conceptual y en la práctica" (1)

En este mismo sentido se pronuncia Cooper, cuando recuerda las recomendaciones de algunos gobiernos en el año 1979 de que se redujeran las posibilidades de acceso a la universidad para licenciarse como médico, ya que entonces era obvia la plétora médica existente. No obstante, Cooper señala que los que están familiarizados con la historia reciente de la planificación de personal de salud se miran estas noticias con cierto escepticismo

(1) Blaug, M. The uses and abuses of manpower, *New Society* 33.669: 247-248. (1975)

puesto que es muy difícil saber si faltan o sobran médicos y que la respuesta a esta pregunta es metodológicamente tan compleja como insatisfactoria: (1)

"... en Gran Bretaña los sucesivos comités "ad hoc" han llegado a la conclusión de que había pocos médicos (Comité Goodenough, 1944), demasiados (Comité Wellind, 1957), pocos (I.N.I.S.E., 1966), pocos (Comisión Tood, 1968), y demasiados (Asociación Junior de Médicos de Hospital, 1975)" (Cfr. Cooper M.H., Rationing Health Care. Halsted Press, Wiley, N.Y. and Groom Helm, London 1975 pp. 41-46)."

"... En muchos de esos planes se hace excesivo hincapié en los aspectos numéricos de la oferta y la demanda de personal a pesar de que muchas veces puede ponerse en duda la validez de las proyecciones y de que grandes excedentes puedan convertirse fácilmente en grandes déficits, cambiando ligeramente las hipótesis de que se parte. En los Estados Unidos, seis proyecciones diferentes de las necesidades y la disponibilidad de médicos en 1975 dieron cifras que oscilaban desde un déficit de 65.000 a un superávit de 21.700 (Hansen, W.L. An appraisal of physician manpower projections. Inquiry 7 (1: 102-143. 1970). Cabe preguntarse qué aplicación práctica pueden dar, a unos cálculos tan dispares, los encargados de adoptar políticas". (2)

(1) Cooper, M.M. Rationing Health Care. Halsted Press, Wiley N.Y. and Groom Helm. London (1975).

(2) T.L. Hall y A. Mejía op. cit. pp. 317.

Como vemos, la veracidad de los resultados está sujeta a gran multitud de variables. Algunas de ellas pueden ser escrupulosamente tenidas en cuenta y realizar proyecciones de acuerdo con varias hipótesis tal como hemos realizado en el presente estudio.

Si embargo, muchas otras son de imposible inclusión por desconocidas: preferencias de los futuros estudiantes, avances tecnológicos, cambios de organización, modificaciones en las formas de pago o ejercicio y un largo etcétera, que pueden modificar las tendencias de elección de profesión, especialidad, forma de ejercicio, etc.

Resumiendo, en la actualidad existe ya todo un bagaje sobre las dificultades metodológicas de estos estudios que obliga a considerar con precaución y rigor los estudios para la planificación del personal de salud. Ahora bien, esto no quiere decir que estos estudios sean siempre inútiles ni tampoco que la planificación sea una nadería. La planificación, en alguna medida, es obviamente necesaria y necesita por tanto una información de substrato.

c) Necesidades en recursos humanos

Al margen de los problemas derivados del conocimiento de las "necesidades" sanitarias de una población, hay que considerar algunas cuestiones específicas derivadas del potencial humano.

¿En qué medida los avances tecnológicos cambiarán, ya sea para aumentar o disminuir las necesidades de médicos? ¿En qué tareas pueden éstos verse sustituidos por

otro personal, o viceversa, aumentar su campo de actuación? ¿Qué niveles de eficacia y eficiencia van a lograrse en el trabajo médico?, etc.

d) "Déficits" y "excesos" de profesionales

Aquí las dificultades son de nuevo notables. La solución no está sólo en establecer como aceptables normas o estándares adoptados en otros países, sino que ello estará estrechamente relacionado con la organización sanitaria de cada comunidad, con la eficacia y eficiencia de sus profesionales, etc.

En este punto merece destacarse la dificultad de establecer planificaciones exclusivas para un solo grupo de profesionales sanitarios. ¿Hasta qué punto la división de roles entre los profesionales va a mantenerse? ¿En qué medida cambios tecnológicos o de organización modifican alguno de los roles, y qué repercusiones pueden tener sobre los demás?.

Es necesario mesurar muy cuidadosamente la especificidad histórico-política de la realidad sanitaria hacia el trabajo a efectuar.

Una de las impresiones que nos ha producido la revisión del material bibliográfico, es que los resultados de muchos trabajos están en parte predeterminados por el contexto político en el que se desarrollan. En este sentido destacan dos situaciones:

- Los estudios realizados por investigadores y universidades de países desarrollados sobre países en desarrollo (el caso de la John Hopkins con los estudios de Hall en Perú y los de Taylor en Turquía).

- La realidad de países con estabilidad democrática y en los que la planificación del personal de salud es un proceso muy diverso que depende del tipo de sector público y más concretamente de los servicios sanitarios públicos.

La primera situación a que nos referimos, así como la realidad de algunos países como los EE.UU., ha influido, por un lado, en la proliferación de estudios metodológicos sofisticados con poca posibilidad política y, por otro, en un cierto abuso de los métodos proyectivos (basados en la extrapolación de proporciones) sobre los normativos.

Sin embargo, nuestra realidad es bien diferente de las que se han citado y parcialmente se podría caracterizar por:

- Elevado grado de consenso social sobre la necesidad de una reforma sanitaria centrada en la transformación del sector público.
- Compromiso del partido que gobierna en la promulgación de una Ley de Bases de Sanidad que conduzca al Servicio Nacional de Salud.
- Proceso de descentralización administrativa, económica y política en el marco de un Estado de las Autonomías.
- Marcada crisis económica y por tanto pocas previsiones de que aumente el porcentaje del PIB dedicado a Sanidad y, más concretamente, el porcentaje destinado a financiar directa o indirectamente los sueldos de los médicos.

A pesar de las dificultades en la fijación de estándares de comparación, ciertos déficits o excesos relativos pueden ser finalmente aceptados como reales. Probablemente sólo podamos aceptar aquellos más evidentes y groseros y señalemos aquellos otros que deberían ser analizados con mayor detalle.

e) Las propuestas de actuación

Son siempre parciales; relativas sólo a alguno de los muchos aspectos relevantes, en virtud de lo anteriormente expuesto. Habitualmente hacen referencia exclusivamente a variaciones en el ingreso al proceso de formación, pre y postgrado, sin considerar aspectos de utilización eficaz, distribución eficiente, políticas de incentivos, etc...

Resumiendo, es necesario tener presente cuáles son las trampas y las dificultades más importantes, que en la metodología de este estudio encontramos. Entre otras se pueden enumerar las siguientes:

- La falta de criterios normativos para el cálculo de las necesidades de médicos.
- La insuficiencia de análisis de las tendencias del pasado como base para establecer proyecciones futuras.
- La insuficiencia conceptual de muchos estándares y proporciones de personal de salud.
- La importancia y la dificultad de abordar el estudio del sector privado.
- La dificultad de interpretar los resultados de comparaciones internacionales.

- La limitación de basar un estudio en la coordinación de la oferta (olvidando la demanda o la productividad).

Sin embargo, hay que insistir en que todas estas dificultades no disminuyen la necesidad de la planificación y todavía menos su fondo analítico. Creemos que con muy pocas dudas se puede esperar que, sea cual sea la situación, los planificadores detectarán como necesarios una serie de ámbitos de información. Por ejemplo: datos demográficos, económicos, sobre el estado de salud y las necesidades sanitarias, de la demanda y utilización por parte de la población de la oferta existente y su distribución, sobre el sistema sanitario y el tipo de práctica y productividad del personal sanitario y también el proceso de formación de este personal. Y algo aún más importante, la experiencia de "buceo" en el marasmo de información en este campo en nuestra realidad nos suministra un valioso conocimiento sobre su estado, utilidad y posibilidades para avanzar hacia el establecimiento de un sistema de información que sustente sólidamente en el futuro la planificación y gestión de personal de Salud.

0.3. Situación de la planificación de los profesionales de la Medicina.

a) Situación en nuestro país

Los estudios sobre los profesionales médicos en España se han ido produciendo periódicamente (1) desde la Administración. Siempre responden a esfuerzos puntuales que chocan con gran número de las dificultades enunciadas, y adolecen por tanto de limitaciones importantes para permitir su traducción en políticas concretas. Si estas se producen, no existen mecanismos de seguimiento de las mismas.

La información sobre el stock y características de los médicos está fraccionada entre diversas instituciones, cada una de las cuales tiene conocimiento parcial de los datos de interés (empleo, formación, características personales, etc.). Así, los datos posibles a través de los organismos empleadores son relevantes exclusivamente a efectos de control de personal, los de los Colegios Profesionales son terriblemente heterogéneos; y los datos relativos a formación (dispersos en organismos académicos, sociedades científicas, etc.) son difíciles de obtener e imposibles de relacionar con el resto sin un esfuerzo titánico y costoso. La información disponible se analiza con mayor detalle en otro apartado. Se trata aquí de incidir en el enfoque y resultado final de la actual situación de la planificación y gestión del personal médico.

(1) De Miguel, J.M. "El capital humano en el sector sanitario en España (Bases para una reforma)". Mº de Gobernación. Dir. Gral. de Sanidad. Madrid (Doc. mecanografiado), (1976)

Sintéticamente los resultados de los esfuerzos puntuales realizados deben afrontar las siguientes críticas:

- 1) Están basados en información pobre y fragmentaria.
- 2) No tienen (no pueden tener) en cuenta elementos tan determinantes como aspectos tecnológicos, organización y pago del ejercicio médico, aspectos de formación, etc.
- 3) No incluyen estudios económicos de las situaciones alternativas posibles.
- 4) No siempre están relacionados con estudios referidos a otro personal sanitario cuyas características y variaciones interaccionan con el colectivo médico.

Paralelamente y de forma independiente, los organismos empleadores toman decisiones sobre salarios y ejercicio médico; y las instituciones académicas, sobre la formación; en ambos casos sin considerar los efectos de ello sobre la futura oferta de profesionales.

No existe ningún órgano permanente que analice la situación y evolución del personal sanitario y que tenga carácter consultivo para todos los órganos competentes en los aspectos relacionados.

El Real Decreto por el que se regula la formación médica especializada, establece un Consejo Nacional de Especialidades Médicas como órgano consultivo conjunto con los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo. Ejercerá funciones de asesoría de todos los aspectos relacionados con la formación de especialistas (acreditación de centros, modificación de especialidades, etc.).

Aunque el mencionado Real Decreto suponga un avance importante en el tema de formación de especialistas, no avanza en la línea de dar soporte a una investigación y planificación continuada de la profesión médica. En este campo supone el establecimiento de un órgano de colaboración interdepartamental en una tarea que lo reclama, si bien mantiene la independencia de los temas relativos a formación de aquellos referentes al ejercicio, que inciden en gran medida en la evolución demográfica del colectivo.

Aunque al Ministerio de Sanidad y Consumo corresponde el atender el funcionamiento administrativo del Consejo Nacional (artículo 17.2), ello no presupone, aunque no excluye, la existencia de un soporte técnico cualificado de investigación en este campo.

Las decisiones que se adopten sobre especialización, indebidamente informadas en sus repercusiones económicas, de empleo, etc., a medio plazo, pueden ser el origen de futuros problemas. Un ejemplo: la creación de una nueva especialidad (vgr. geriatría) supone el abandono de una población, patología o tratamiento por parte de otros médicos (especialistas o no) que la venían atendiendo. Ello repercutirá a medio plazo en la necesidad de creación y posterior generalización de plazas de dichas características que demandarán, probablemente, tecnología y personal auxiliar también especializado (enfermería, asistentes sociales o psicogeriatras). Esta decisión debería, por tanto, ir precedida de estudios

sobre las necesidades futuras a generar y sus costes, así como las repercusiones en otros profesionales sanitarios.

Asimismo, las decisiones de especialización en otros profesionales sanitarios pueden modificar las necesidades y ejercicio de determinados especialistas.

La falta de correlación entre grado de formación conseguido y expectativas de reconocimiento en el empleo, es otro de los elementos conflictivos a considerar desde una visión global, así como el equilibrio o proporción a mantener entre la dotación de plazas de cada nivel y las convocatorias de formación.

b) Situación en otros países

La planificación de recursos humanos en el campo de la salud varía relativamente de unos a otros países, aunque con ciertos rasgos comunes.

La responsabilidad de formación pregraduada corresponde siempre al Departamento con responsabilidades educativas, aunque el Departamento de Sanidad es en algunos casos responsable de la formación básica de enfermería u otro personal (U.K., Francia).

La responsabilidad sobre la formación postgraduada varía más ampliamente de unos países a otros. En algunos casos son órganos de carácter profesional (Noruega, U.K., RFA, Irlanda); en otros son dependientes del Ministerio de Educación (Finlandia, Bélgica); y en otros, del Ministerio de Salud (Dinamarca). El caso de la RFA merecería especial atención por la descentralización de competencias a los "Länder" en esta materia.

Los países con más años de experiencia en sistemas de información sobre personal sanitario y en planificación global, son aquellos que disponen de Servicio Nacional de Salud, el cual adquirió un protagonismo en este campo. Ello no significa la no intervención de los cuerpos profesionales bajo diferentes formas.

Así, el Reino Unido y los Países Nórdicos disponen de sistemas de información computerizados que cubren ampliamente las necesidades de planificación. Sin embargo, y tomando como ejemplo Inglaterra, el debate sobre la organización y eficacia del sistema de planificación de personal médico (el más desarrollado) sigue siendo candente.

La mayor parte de las críticas y sugerencias (1) (2) reclaman una mayor participación y responsabilidad (ya notable) de las autoridades sanitarias en el proceso, así como la necesidad de profundizar en el estudio e investigación sobre personal sanitario.

El sistema de información computerizado en todas las regiones, se encuentra en proceso de mejora y unificación (existe alguna diferencia de modelos entre regiones) y contiene datos relativos al individuo, proceso de formación, empleo, salario y demás relativos a control de personal.

(1) Batchelor, I, Williams A. (1980) op. cit. pg. 30

(2) Bui Dang Ha Doan. "The Health professions in industrial countries. A comparative statistical analysis". WH stat. quart 1984. Vol. 37 1.

PRIMERA PARTE: LA OFERTA MEDICA EN ESPAÑA

Capítulo 1

Evolución de los stocks de médicos

1.1. Estudiantes de Medicina

La plétora médica actualmente existente en España es consecuencia de la afluencia masiva de estudiantes de medicina durante la década de los años setenta: el número de licenciados en el período 1970-83 ha sido de 76.827, es decir, un 63,6% del total de médicos -104.537- existentes a finales de 1982.

Siguiendo la evolución del número de alumnos matriculados en el primer curso, se pasó de 6.806 en el curso 1964-65 a 22.554 en 1976-77. A partir de este momento se implantan medidas selectivas para el ingreso de nuevos estudiantes, hecho que incide en la disminución de los alumnos en primer curso; éstos llegan a ser 6.724 en 1982-83, situándose de este modo en totales semejantes a los de 1964-65. (Tabla 1.1 y Figura 1.1)

En el mismo período de tiempo y en algunos casos con bastante anterioridad respecto de España, también en la CEE se implantan medidas selectivas, aunque las políticas que se siguen son distintas según el país: Seis de ellos aplican selectividad prelicenciatura (Alemania, Dinamarca, Francia, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido) y cuatro no (Bélgica, Grecia, Italia y Luxemburgo). (Figura 1.2)

Se apuntan a grandes rasgos dos tendencias en la aplicación de esta política de selectividad. Un ejemplo sería el Reino Unido con una drástica política de selectividad prelicenciatura, bajo número de admisiones en las facultades (1 por cada 14.704 habitantes, siendo la

media de la CEE 1 por cada 5.990 habitantes) y bajo número de licenciados/año (1 por cada 19.249 habitantes, siendo la media de la CEE de 1 por cada 9.411 habitantes). El caso contrario sería Italia en que no se aplica ningún tipo de selectividad prelicenciatura (tiene el indicador de admisiones/habitante más alto de la CEE, 1/1.921 habitantes) pero que a lo largo de la carrera va produciéndose tal cantidad de mortalidad estudiantil que en cuanto a los graduados/año se sitúa sólo ligeramente por encima de la media de la CEE. (Tabla 1.2 y 1.3)*

El coste político y social de la aplicación de cada uno de estos ejemplos es totalmente distinto.

En España, en cuanto el número de admisiones/año, se ha pasado de 1 estudiante por cada 1.608 habitantes en 1976-77 a 1 por cada 5.661 en 1982-83, cifras próximas a las de la CEE. (Tabla 1.4)

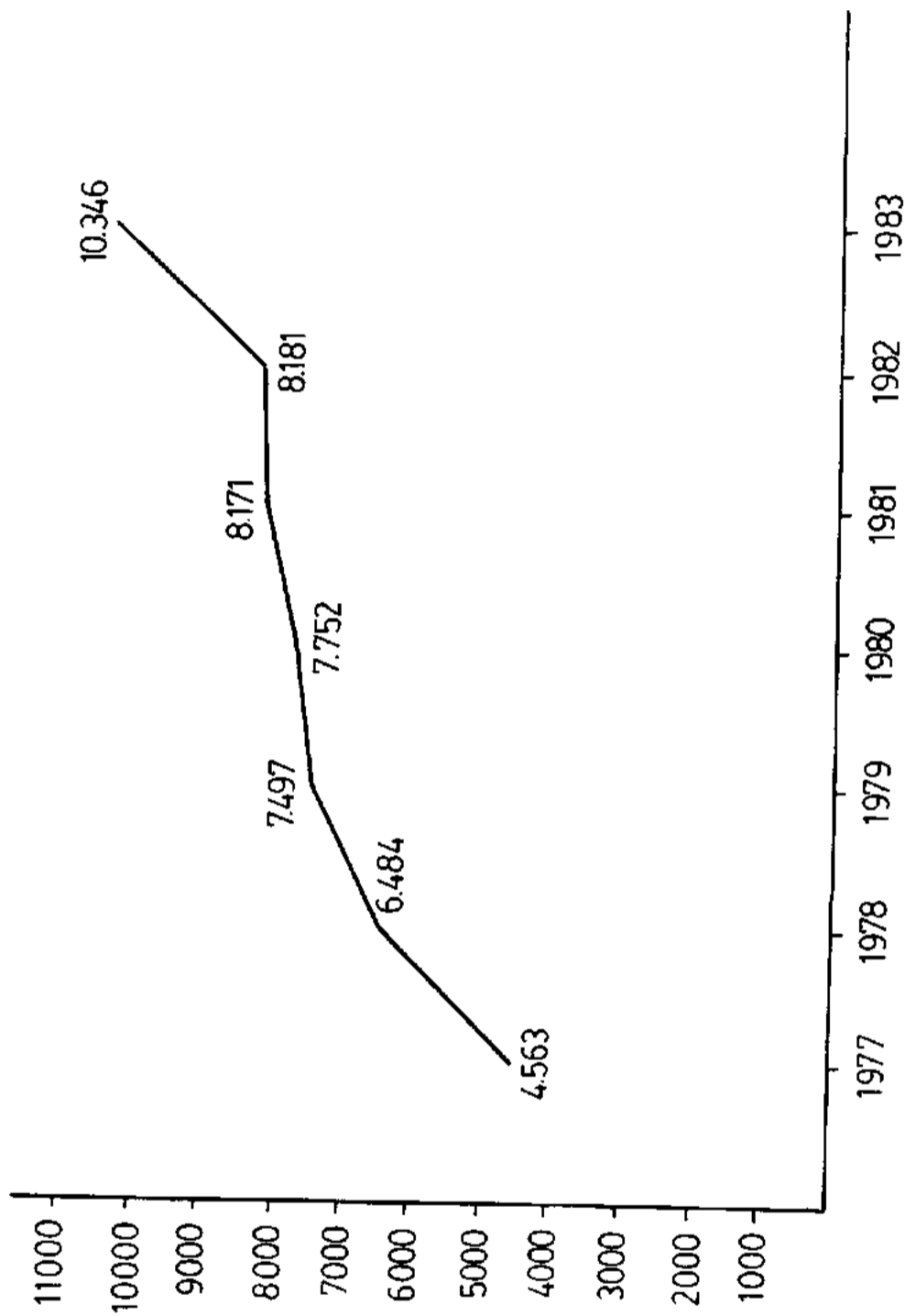
Respecto al número de graduados, ha ido incrementándose continuamente desde el año 1970 (2.528 graduados) hasta 1983 en que se llega a la cifra récord de 10.246 graduados. (Tabla 1.1 y 1.5). La próxima cohorte, es decir, la que se ha licenciado en 1984, es la que inició sus estudios en el curso 1978-79, fecha en la que se generalizó la selectividad en el ingreso. En consecuencia, es posible que pasemos de una cifra de licenciados que ha oscilado entre los 7.000 y los 10.000 anuales, a una cifra que puede oscilar entre los 2.000 y los 3.500 licenciados año.

* Las cifras que se dan para estos países se refieren a 1976.

El análisis de la distribución territorial de la densidad de estudiantes de medicina -cociente estudiantes/población- nos muestra diferencias importantes entre las distintas CCAA. En el curso 1970-71 la comunidad autónoma con facultad de medicina que tenía una menor densidad era Canarias (1 estudiante por cada 1.842 habitantes), seguida de Asturias (1/1.651), País Vasco (1/1.215) y Galicia (1/1.135). Aragón era la comunidad autónoma con mayor densidad (1/281), seguida de Madrid (1/578) y Navarra (1/663). En el curso 1982-83 sigue siendo Canarias donde hay la menor densidad estudiantil (1/1.081) y Aragón donde hay la mayor (1/309), pero las diferencias han disminuido: si en 1970-71 el ratio densidad máxima/densidad mínima era 6,55, en 1982-83 pasa a ser 3,50. Debemos tener en cuenta, también, que en la actualidad hay tres CCAA donde no hay facultades de medicina: Baleares, Castilla la Mancha y La Rioja. (Tablas 1.6 a 1.8).

Durante los últimos 10 años hemos asistido a una progresiva feminización de los estudiantes de medicina, y por lo tanto a una feminización de los nuevos graduados y de la profesión médica. El porcentaje de mujeres respecto al total de nuevos graduados ha pasado de ser alrededor de un 30% durante el año 1975 a un 40% del total de médicos que se graduaron el año 1983. (Tabla 1.9).

FIGURA 1.1. EVOLUCION DEL NUMERO DE MEDICOS GRADUADOS EN CADA PROMOCION (1977-1983).



Fuente: Estadística Universitaria Española. M.E.C. Madrid 1983.

FIGURA 1.2. TENDENCIAS REFERENTES A LOS INDICADORES: POBLACION POR N° DE FACULTADOS, N° DE ADMISIONES AÑO Y N° GRADUADOS/AÑO Y EXISTENCIA O NO DE POLITICA DE SELECTIVIDAD ENTRE LOS PAISES DE LA CEE (1976) Y ESPAÑA (1981)

	N° de Facultades	Selectividad	N° de Graduados por población	N° de Admisiones por población
ALEMANIA	↓	SI	↓	↓
BELGICA	↑	NO	↑	↑
DINAMARCA	= ↑	SI	↑	↑
FRANCIA	= ↑	NO	= ↑	↑
GRECIA	↓	NO	= ↑	↓
IRLANDA	↑	SI	↑	= ↓
ITALIA	↓	NO	= ↑	↑
PAISES BAJOS	= ↑	SI	↓	↓
REINO UNIDO	=	SI	↓	↓
ESPAÑA	= ↑	SI	↑	=

↑ Superior a la media de la CEE

↓ Inferior a la media de la CEE

= Igual a la media de la CEE

= ↑ ↓ Ligeramente superior o inferior a la media de la CEE

Fuente: OMS. Repertorio Mundial de Escuelas de Medicina (1975-76). Ginebra, 1980.

TABLA 1.1. EVOLUCION DEL NUMERO DE INGRESOS Y DE GRADUADOS EN LAS FACULTADES DE MEDICINA EN ESPAÑA 1970-1983

Ingresos (1er. curso)		Graduados	
año	nº alumnos	año	nº graduados
1964-65	6.806	1970	2.528
1965-66	7.569	1971	2.650
1966-67	8.151	1972	2.775
1967-68	7.512	1973	2.777
1968-69	8.878	1974	3.740
1969-70	10.920	1975	4.062
1970-71	12.150	1976	5.301
1971-72	11.492	1977	4.563
1972-73	13.540	1978	6.484
1973-74	15.695	1979	7.497
1974-75	15.591	1980	7.752
1975-76	22.128	1981	8.171
1976-77	22.554	1982	8.181
1977-78	19.960	1983	10.346
1978-79	11.454	1984	
1979-80	10.476	1985	
1980-81	7.687	1986	
1981-82	6.851	1987	
1982-83	6.724	1988	

Fuente: INE. Anuarios estadísticos y Estadísticas de la enseñanza en España. Elaboración propia.

TABLA 1.2. NUMERO DE ADMISIONES POR AÑO EN LA CEE (1976) Y ESPAÑA (1982-83)

<u>ALEMANIA:</u>	1 admisión / 8.243,3 hb. (Datos de 27 Facultades, extrapolados a 28)
<u>BELGICA:</u>	1 admisión / 2.480,6 hb. (Datos de 10 Facultades, extrapolados a 11).
<u>DINAMARCA:</u>	1 admisión / 3.056,7 hb.
<u>FRANCIA:</u>	1 admisión / 2.004,3 hb.
<u>GRECIA:</u>	1 admisión / 7.408,6 hb.
<u>IRLANDA:</u>	1 admisión / 6.355,6 hb.
<u>ITALIA:</u>	1 admisión / 1.921,1 hb. (Datos de 7 Facultades, extrapolados a 26).
<u>PAISES BAJOS:</u>	1 admisión / 7.731,0 hb.
<u>REINO UNIDO:</u>	1 admisión / 14.704,7 hb. (Datos de 30 Facultades, extrapolados a 31).
<u>ESPAÑA (1982-83):</u>	1 admisión / 5.661 hb.

Fuente: OMS - Repertorio Mundial de Escuelas de Medicina (1975-76), Ginebra, 1980.

INE - Anuarios estadísticos y Estadísticas de la enseñanza en España. Elaboración propia.

TABLA 1.3. NUMERO DE GRADUADOS POR AÑO (1976) EN LA CEE (1976) Y ESPAÑA (1984)

<u>ALEMANIA:</u>	1 graduado año / 12.296 hb. (Se extrapolan los datos que se disponen en 17 Facultades a las 28 existentes).
<u>BELGICA:</u>	1 graduado año / 4.756,0 hb. (Se extrapolan los datos existentes en 8 Facultades al total de 11).
<u>DINAMARCA:</u>	1 graduado año / 6.570,1 hb.
<u>FRANCIA:</u>	1 graduado año / 8.392,5 hb.
<u>GRECIA:</u>	1 graduado año / 8.407,0 hb.
<u>IRLANDA:</u>	1 graduado año / 6.842,2 hb.
<u>ITALIA:</u>	1 graduado año / 7.738,5 hb.
<u>PAISES BAJOS:</u>	1 graduado año / 10.454,1 hb.
<u>REINO UNIDO:</u>	1 graduado año / 19.248,7 hb. (Se extrapolan los datos de 28 Facultades a las 31 existentes).
<u>ESPAÑA:</u>	1 graduado año / 4.500 hb.
	(1984) 1 graduado año / 6380 hb. (hipótesis alta)
	(1984) 1 graduado año / 9758 hb. (hipótesis baja)

Fuente: OMS - Repertorio Mundial de Escuelas de Medicina (1975-76), Ginebra, 1980.

INE - Anuarios estadísticos y Estadísticas de la enseñanza en España. Elaboración propia.

TABLA 1.4. EVOJUCION DE LA DENSIDAD DE ALUMNOS MATRICULADOS EN EL PRIMER CURSO DE LAS FACULTADES DE MEDICINA EN ESPAÑA. (1964-65 / 1981-82).

CURSO	nº habit/ alumnos 1er.curso	nº alumnos 1º curso/ 10.000 hab.	nº médicos/ alumnos 1er.curso
1964-65	4.640	2,16	--
1971-72	2.991	3,34	4,29
1974-75	2.278	4,39	4,16
1976-77	1.608	6,22	3,06
1979-80	3.558	2,81	8,23
1980-81	4.885	2,05	12,56
1981-82	5.530	1,81	15,29
1982-83	5.661		

Fuente: Elaboración propia a partir de:

- Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid. 1983.
- Anuario estadístico. INE. 1973, 76, 81, 82, 83.

TABLA 1.5. EVOLUCION DE LA DENSIDAD DE GRADUADOS DE MEDICINA EN ESPAÑA
(1971-72 / 1981-82).

CURSO	nº habit/ graduados	nº graduados/ 10.000 hab.	nº médicos/ graduados
1971-72	12.388	0,81	17,75
1974-75	8.715	1,15	15,90
1979-80	4.808	2,08	11,13
1980-81	5.596	2,18	11,82
1981-82	4.625	2,16	12,78

Fuente: Elaboración propia a partir de:

- Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid. 1983.
- Anuario estadístico. INE. 1973, 76, 81, 82, 83.

TABLA 1.6. DENSIDAD DE ESTUDIANTES DE MEDICINA (Nº de habitantes por estudiante). DISTRIBUCION POR CCAA.

CC.AA	AÑOS		
	1970-71	1974-75	1982-83
Andalucía	996,9	534,8	513,1
Aragón	281,3	307,4	308,5
Asturias	1.651,2	406,7	453,2
Baleares	--	--	--
Canarias	1.841,9	786,2	1.080,8
Cantabria	--	706,7	535,9
Castilla - La Mancha	--	--	--
Castilla - León	581,1	388,5	480,5
Cataluña	912,5	708,5	740,7
Comunidad Valenciana	896,9	633,2	685,0
Extremadura	--	2.024,3	961,5
Galicia	1.135,2	687,9	657,5
La Rioja	--	--	--
Madrid	577,8	478,6	712,7
Murcia	--	632,6	537,8
Navarra	622,7	608,6	-(1)
País Vasco	1.215,1	738,3	720,9

TOTAL	942,5	615,3	651,6

Ratio densidad máxima/ densidad mínima	6,55	6,59	3,50

Fuente: Elaboración propia a partir del MEC (Madrid 1983) y Anuario estadístico. INE 1983.

TABLA 1.7. ALUMNOS MATRICULADOS EN FACULTADES DE MEDICINA. DISTRIBUCION POR CC.AA.

CC.AA	Incremento en % entre										
	1970-71	1972-73	1974-75	1976-77	1978-79	1980-81	1982-83	1970-71/1982-83			
Andalucía	5.972	7.791	11.350	15.898	16.389	14.736	11.992				+100,8
Aragón	4.091	5.063	3.754	6.828	6.257	5.794	3.763				- 8,0
Asturias	636	828	2.676	3.381	3.207	2.933	2.516				295,6
Baleares	--	--	--	--	--	--	--				--
Canarias	607	889	1.621	1.696	2.179	2.089	1.416				133,3
Cantabria	--	--	686	1.145	1.238	1.182	947				38,1
Castilla - La M.	--	--	--	--	--	--	--				--
Castilla - León	4.616	4.856	5.772	7.454	7.554	6.546	4.955				7,3
Cataluna	5.526	6.574	7.844	11.139	13.658	11.168	8.498				53,8
Com. Valenciana	3.402	4.557	5.253	7.227	8.006	6.763	5.490				61,4
Extremadura	--	--	534	1.040	1.259	1.300	991				85,6
Galicia	2.362	3.070	3.954	5.177	5.297	4.691	4.230				79,1
La Rioja	--	--	--	--	--	--	--				--
Madrid	6.386	6.789	8.831	11.508	9.061	7.071	7.050				10,4
Murcia	--	877	1.374	2.029	2.185	1.992	1.716				95,7
Navarra	700	790	1.129	1.247	1.297	1.351	--				93,0
País Vasco	1.514	2.163	2.755	3.630	3.930	3.979	3.190				110,7
TOTAL	35.812	44.247	57.533	79.399	81.517	71.595	58.061				62,1

Fuente: Elaboración propia con datos. Estadística universitaria española (Ministerio de educación y ciencia).
Madrid 1983.

TABLA 1.8. NUMERO DE GRADUADOS EN LAS FACULTADES DE MEDICINA SEGUN C.C.A.A. Y AÑOS.

CC.AA	1971-72	1974-75	1979-80	1982-83	Incremento en % entre 1971-1982
Andalucía	454	878	1.416	2.196	383,7
Aragón	288	94	870	809	180,9
Asturias	--	63	301	440	598,4
Baleares	--	--	--	--	--
Canarias	--	98	191	228	132,7
Cantabria	--	--	131	161	22,9
Castilla - La M.	--	--	--	--	--
Castilla - León	517	415	599	804	55,5
Cataluna	358	871	1.022	1.808	405,0
Com. Valenciana	276	340	583	1.054	281,9
Extremadura	--	--	113	178	57,5
Galicia	262	193	483	419	59,9
La Rioja	--	--	--	--	--
Madrid	511	863	1.294	1.233	141,3
Murcia	--	63	161	451	615,9
Navarra	109	96	194	--	78,0
Pafs Vasco	--	88	394	583	562,5
TOTAL	2.775	4.062	7.752	10.364	273,5

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de educación y ciencia.

TABLA 1.9. TASA DE FEMINIZACION DE LOS GRADUADOS DE MEDICINA POR CURSO ACADEMICO

CURSO	TOTAL	% MUJERES
1974-75	4062	31,81
1975-76	5301	28,81
1976-77	4652	32,82
1977-78	6484	31,09
1978-79	7497	31,31
1980-80	7752	34,49
1980-81	8906	38,19
1981-82	8170	38,19 (1)

(1) Estimación.

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico del I.N.E.

1.2. Oferta médica

Problemas metodológicos

El estudio del stock de médicos que en un momento dado están ejerciendo la profesión reviste no pocas dificultades, que en nuestro país se ven acentuadas por la falta de tradición en sistemas de información y, por lo tanto, por la ausencia de datos fidedignos.

Estos problemas han sido puestos en evidencia por numerosos autores (1, 2, 3): Esencialmente se trata de definir qué es lo que entendemos por "médico activo", definición que a menudo es distinta según la fuente de datos consultada (2). Por ejemplo, podemos considerar como médico activo a todo profesional médico que trabaje directa o indirectamente en el campo sanitario, o, por el contrario, sólo considerar como médico activo a aquellos que están directamente relacionados con las tareas asistenciales o preventivas, por poner dos ejemplos extremos. En nuestro país los datos provienen esencialmente del Instituto Nacional de Estadística que los obtiene a partir de los Colegios de Médicos Provinciales; estos datos sólo nos ofrecen cifras absolutas, por sexos y por provincias. En cualquier caso no se especifica si las

(1) Bui Dang Ha Doan M. Les professions de santé dans les sociétés industrielles: Analyse comparative des données statistiques. Santé et Sécurité Social. Statistiques et commentaires 1982; 1: 51-75.

(2) Bui Dang Ha Doan M. Le corps médical français en 1985: projections démographiques. Chronique de Démographie et de Sociologie Médicales 1970; 92-2, 388-400.

(3) Lévy D. Combien de médecins en France aujourd'hui? Des réponses diverses. Chronique de Démographie et de Sociologie Médicales. 1979; 101-9, 1533-1535.

cifras corresponden a médicos activos o al total de médicos inscritos en el Colegio profesional, independientemente de su actividad. Esta segunda opción es la que aparece más plausible, ya que en la encuesta que en el año 1975 realizó el Instituto Nacional de Estadística sobre los efectivos médicos, las cifras que se obtuvieron de médicos activos correspondía aproximadamente a un 95% de los efectivos dados por el INE.

Por otra parte, los datos presentan muchas veces incoherencias importantes, como por ejemplo los referidos al año 1975. En la Tabla 1.16 vemos la evolución de los efectivos médicos en España desde el año 1975 a 1982. Si es cierto que durante el año 1976 se graduaron 5.301 alumnos y aún contando que no se hubiera jubilado ningún médico, es imposible que en el año 1976 tuviéramos 64.597 médicos.

No obstante, y a pesar de los problemas técnicos, podemos tener una aproximación de la población médica, y en cualquier caso se puede afirmar que desde el año 1960 se ha duplicado y en muchos casos triplicado en España y en otros países de Europa.

A continuación pasamos a analizar con más detalle la evolución de la población médica en España durante los últimos años comparándola con la CEE.

El análisis comparativo se realiza a partir de los datos suministrados por el World Health Statistics, OMS (1983), completados por los presentados por V. Mapelli

(1), pues nos ha parecido la información más fiable después de compararla con la que suministra en algunos casos el anuario estadístico de cada país. Al hablar de 1982 nos remitimos a los datos presentados por R. Breakley, al ser la información más actualizada de la que se dispone.

Evolución de la población médica en el período 1960-1980

El ritmo de incorporación de nuevos licenciados a la profesión médica durante este período no se corresponde a su ritmo de bajas, ya sea por jubilación, abandono de la profesión o defunción. La media anual de médicos que se incorporaban a la profesión menos los que se retiraban de ella, es decir, el incremento medio anual de médicos es en la C.E.E. de 8.532 en los años sesenta y de 17.785 en los años setenta, duplicándose la cifra inicial. En España el incremento medio anual es de 915 en la década de los sesenta y de 4.392 en la década de los setenta. Como se observa, el incremento es mucho mayor durante la última década (Figura 1.3). Es precisamente en esta década cuando se pierde la homogeneidad entre los distintos países en el ritmo de crecimiento de la población médica. España pasa de estar por debajo del incremento medio de la C.E.E. en los años sesenta a ser el país con el mayor crecimiento durante los años setenta (Tabla 1.11).

(1) Mapelli, V. Les previsions de medecins a l'horizon 1985 dans les pays de la C.E.E. Cahiers de sociologie et demographie medicales, 1981, 2: 57-68.

La C.E.E. tenía, en el año 1960, 310.351 médicos (aunque no estuviera incorporada aún, incluimos a Grecia) pasando a ser 573.512 en 1980, lo que supone un incremento del 1,8 de sus efectivos en los últimos veinte años.

Pero este fenómeno no ha sucedido por igual en todos los países; en Francia la población médica ha aumentado 2,20 veces; en Grecia 2,25 veces; mientras que en el Reino Unido o Irlanda la incorporación de nuevos licenciados a la profesión médica supone un aumento de 1,62 y 1,47 veces respectivamente, siendo el menor del conjunto de la C.E.E. En el mismo período de tiempo España ha pasado de tener 35.695 médicos a 89.253, conociendo un aumento de 2,50, mayor que cualquier otro de los países de la C.E.E. (Tabla 1.10)

El crecimiento tampoco ha sido homogéneo en las distintas CCAA españolas. Así vemos que, mientras Canarias multiplica su población médica por 4,20 entre los años 1960 y 1982, o Madrid lo hace por 3,49 y Murcia por 3,47, Extremadura lo hace por 1,82 y Castilla - La Mancha por 1,84 (Tabla 1.13).

Evolución de la densidad médica

El crecimiento del número de médicos, al ser mucho mayor que el crecimiento vegetativo de la población (Figura 1.4), ha conducido a una elevada densidad médica en los años ochenta.

Al analizar la tabla 1.11 observamos que, en 1960, con un coeficiente de variación de 15,82, existe una mayor homogeneidad de densidades que en 1980 en que el

coeficiente de variación es de 23,24. Por tanto ha habido una tendencia a la dispersión o, lo que es lo mismo, a aumentar las diferencias debido a que el ritmo de crecimiento no es igual en todos los países, como ya comentábamos anteriormente (Figura 1.5). Mientras que Bélgica o Grecia han aumentado 1,95 sus densidades médicas, Irlanda lo ha hecho en 1,25 y el Reino Unido en 1,43. España sigue siendo el país con un mayor incremento y el único que duplica su densidad en los últimos veinte años. Si en los años sesenta y principios de los setenta nuestra densidad de médicos es menor que en el conjunto de la C.E.E., en 1980 es más elevada (Figura 1.6) siendo superada tan sólo por Italia, (que es el país con una mayor densidad de médicos), Bélgica y Grecia. Los países que tienen una menor densidad son aquéllos que han experimentado un menor incremento, es decir, Irlanda y Reino Unido (Figura 1.7).

España tiene en 1982 una densidad de 27,63 médicos por cada 10.000 habitantes, pero al hacer una descripción por CCAA se observan desigualdades importantes entre éstas. Así, mientras en Aragón la densidad es de 38,06 o en Madrid 37,09, hay CCAA que tienen una densidad sensiblemente por debajo de la media nacional, como es el caso de Castilla - La Mancha (19,88) o Extremadura (20,09). (Tabla 1.13)

Al relacionar el incremento de densidades en cada CCAA durante el período 1960-1982 y la densidad inicial en este período, comprobamos que el coeficiente de correlación entre estos dos tipos de datos es significativo (-0,74). Por lo tanto existe una relación inversa

entre densidad inicial e incremento de ésta durante el período analizado: las CCAA que tenían en 1960 una densidad más baja son las que han experimentado un crecimiento mayor de sus densidades médicas. Este fenómeno no sucede al analizarlo para los países de la C.E.E. (incluyendo España), ya que da un coeficiente de correlación no significativo (0,24). Sólo en los casos de Irlanda y Reino Unido se da el fenómeno contrario pues tienen la densidad de médicos más baja en 1960 y experimentan el crecimiento menor durante los veinte años siguientes.

Si comparamos los datos presentados por Breakley sobre densidades y número total de médicos de la CEE en 1982 (Tabla 1.14), con los proporcionados en las tablas 1.10 y 1.11, podríamos observar cómo el crecimiento en el número de médicos entre 1980-82 es mucho más elevado que comparando con períodos anteriores, principalmente en los casos de Alemania, Italia y Francia. Así mismo el crecimiento médico sería más elevado en el conjunto de la CEE que en nuestro país, lo cual se opondría a lo señalado con anterioridad.

Es posible que los datos presentados por Breakley para el año 1982 difieran de los anteriores por incluir a grupos profesionales como los dentistas dentro del concepto de personal médico, lo cual no se da en la Tabla 1.10; o también porque se basan en fuentes originarias distintas.

Finalmente, en la tabla 1.15 presentamos algunos indicadores de nivel de renta, salud, etc., referidos a diferentes países industrializados incluyendo la C.E.E.

y España, por su posible correlación con la densidad médica. Destaca la falta de correlación que existe entre la densidad médica y los otros indicadores como el PNB, la esperanza de vida al nacer o la tasa de mortalidad infantil, Por el contrario, sí hay relación entre nivel de renta e indicadores de salud. Al observar cada país en particular, tan sólo en aquellos que tienen valores extremos como Suecia y Portugal parece existir una correlación entre los indicadores.

Distribución por estructura de edad y sexo

La estructura por edad y sexo del cuerpo médico reviste gran importancia en el momento de planificar y valorar los recursos existentes. El aumento masivo del número de médicos durante los últimos años, ha comportado dos fenómenos demográficos de gran interés, que son un progresivo rejuvenecimiento de la población médica junto con una feminización importante.

El rejuvenecimiento de la población médica es un fenómeno común en la mayoría de los países (1, 2, 3). En la CEE, la cohorte de médicos menores de 30 años representa, en 1978, un 16% del total. (Tabla 1.17). Los datos de España se han calculado a partir de las cifras de 1975 de la encuesta del Consejo General de Médicos. En

-
- (1) Mapelli V. Les prévisions des médecins a l'horizon 1985 dans les pays de la communauté européenne. Cahiers de sociologie et démographie médicales. 1982 XXIème année, n.2 57-68.
 - (2) Foulon D., Gottely J. et al. La démographie médicale au 31 Décembre 1980. Santé et Sécurité Social. Statistiques et commentaires 1982; 4.
 - (3) Wcislo M. Démographie des médecins spécialistes au 1er janvier 1981. Santé et Sécurité Social. Statistiques et commentaires. 1983; 1.

España, ya en el año 1974 nos situábamos por encima de la media de la CEE, con un 20% de médicos de menos de 30 años; en el año 1980 este porcentaje será de 38,0% y en el 1985 llegará ya al 42,9% según estimaciones que se presentan en el capítulo de previsiones.

Este rejuvenecimiento de la población comporta un aumento aún más importante del excedente médico, ya que las tasas de jubilación serán cada vez más bajas. Por otra parte, es previsible una disminución de la tasa de actividad en el conjunto de la profesión al aparecer el paro médico, un ritmo de trabajo más discontinuo y una mayor renuncia a incorporarse a la profesión.

El porcentaje de mujeres médicos en España ha pasado de un 1,4% el año 1960 a casi un 20% el año 1982 (Tabla 1.18). Según nuestras previsiones y dado el alto índice de feminización de las futuras generaciones de graduados de medicina, este porcentaje irá en aumento, pudiendo llegar a un 32% de mujeres médicos el año 2000. El porcentaje de mujeres en la profesión médica varía en España de unas CCAA a otras (Tabla 1.19).

En tal tabla 1.20 vemos que, en comparación con otros países europeos, España tiene, junto con Italia y Bélgica, los más bajos índices de feminización de la profesión. De todos los países europeos la única excepción es Rusia con una tasa de feminización que está descendiendo desde 1960, a pesar de lo cual sigue siendo el país con más alta feminización, con un 68,9% de mujeres el año 1978. (1)

(1) Buy Dang Ha Doan M. (1982) op. cit.

Si el rejuvenecimiento de la población aumenta todavía más el peso de la oferta, la feminización actuaría en sentido contrario, ya que las mujeres presentarían, por una parte, unas tasas de actividad profesional más bajas, y, por otra, ejercicios profesionales distintos, con unas tasas de asalariados más altas.

En diferentes estudios realizados en Francia se ha observado que la tasa de feminización varía sustancialmente entre una especialidad médica y otra. Así en la especialidades de Anatomía Patológica, Ginecología y Pediatría, el porcentaje de mujeres médicos era elevado, mientras que en Cirugía y especialidades era inapreciable (2).

Indices de mortalidad y jubilación

Las pérdidas en el ejercicio de la profesión pueden ser de dos tipos: aquellas debidas a defunción de la persona y las debidas al abandono de la profesión ya sea por jubilación, ya sea por cambio de profesión.

En cuanto a la mortalidad, podemos considerar que los médicos conocen las mismas tasas de mortalidad por edad y sexo que la población general, aunque, de este modo, probablemente las estamos sobrevalorando. Un método posible es aplicar a la población médica la probabilidad de morir que nos dan las tablas de vida para cada

(2) Academie national de médecine, "La Femme médecine". Revue Française des affaires sociales. 1982; 3 (nº especial).

clase de edad. (1) En la tabla 1.21 encontramos las probabilidades de morir por edad y sexo según las tablas de vida de la población española para el año 1980.

Las tasas de actividad de los médicos son mucho más difíciles de determinar; los únicos datos que disponemos son los de la encuesta ya mencionada del Consejo General de Médicos que se realizó los años 1974-75. Según ésta, aproximadamente un 5% del total de médicos inscrito en el Colegio de Médicos no ejercerían su profesión, incluyendo en esta estimación a los mayores de 65 años. En la tabla 1.22 encontramos los índices de actividad por edad y sexo.

El rejuvenecimiento progresivo de la población médica supone que las tasas de pérdidas anuales, ya sea por jubilación o por abandono de profesión, irán disminuyendo. A pesar de que las mujeres suelen tener unos índices de actividad profesional inferiores, este hecho se ve compensado por la extrema juventud del colectivo femenino, con lo cual las tasas de abandono de la profesión durante la década 1975-1985 son muy bajas.

Durante el período 1975-1980, si consideramos la jubilación obligatoria a partir de los 75 años, se habrá jubilado durante este quinquenio un 15% de los médicos activos el año 1975. Mientras que tan sólo un 1,2% de los médicos activos durante el año 1980 tomarán su jubilación durante el quinquenio 1980-1985.

(1) Horbach L.H. Techniques de calcul des projections démographiques concernant le personnel de santé. World Health Statistics Report. OMS Vol.32. 1979.

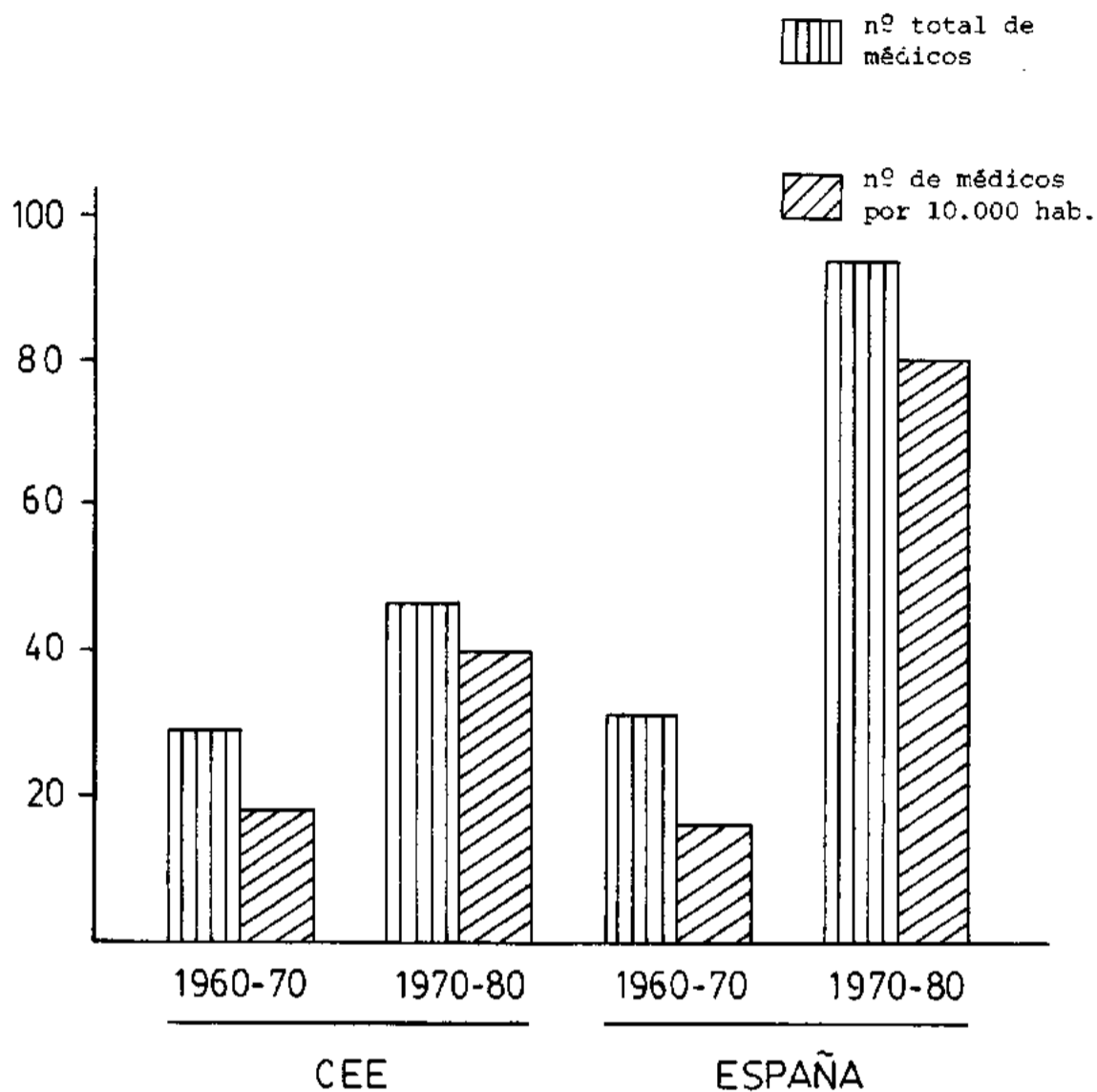
Flujos migratorios

Los datos de demografía médica disponibles en la actualidad en nuestro país no nos permiten conocer los flujos migratorios, ya sean dentro del país o al extranjero: países de la CEE y Estados Unidos de América.

De cualquier forma, y a pesar de nuestra próxima integración al Mercado Común no es previsible que se produzcan grandes movimientos migratorios. Según datos de la Comisión de la Comunidad Económica Europea, el flujo migratorio durante los tres primeros años del establecimiento de la "libre circulación", es decir de 1977 a 1979, ha supuesto una tasa anual de 2 por cada 1.000 médicos. Si esta tasa se calcula excluyendo las migraciones entre el Reino Unido e Irlanda, desciende hasta un 1,2 por cada 1.000 médicos. (1)

(1) Bui Dang Ha Doan M. (1982) op. cit.

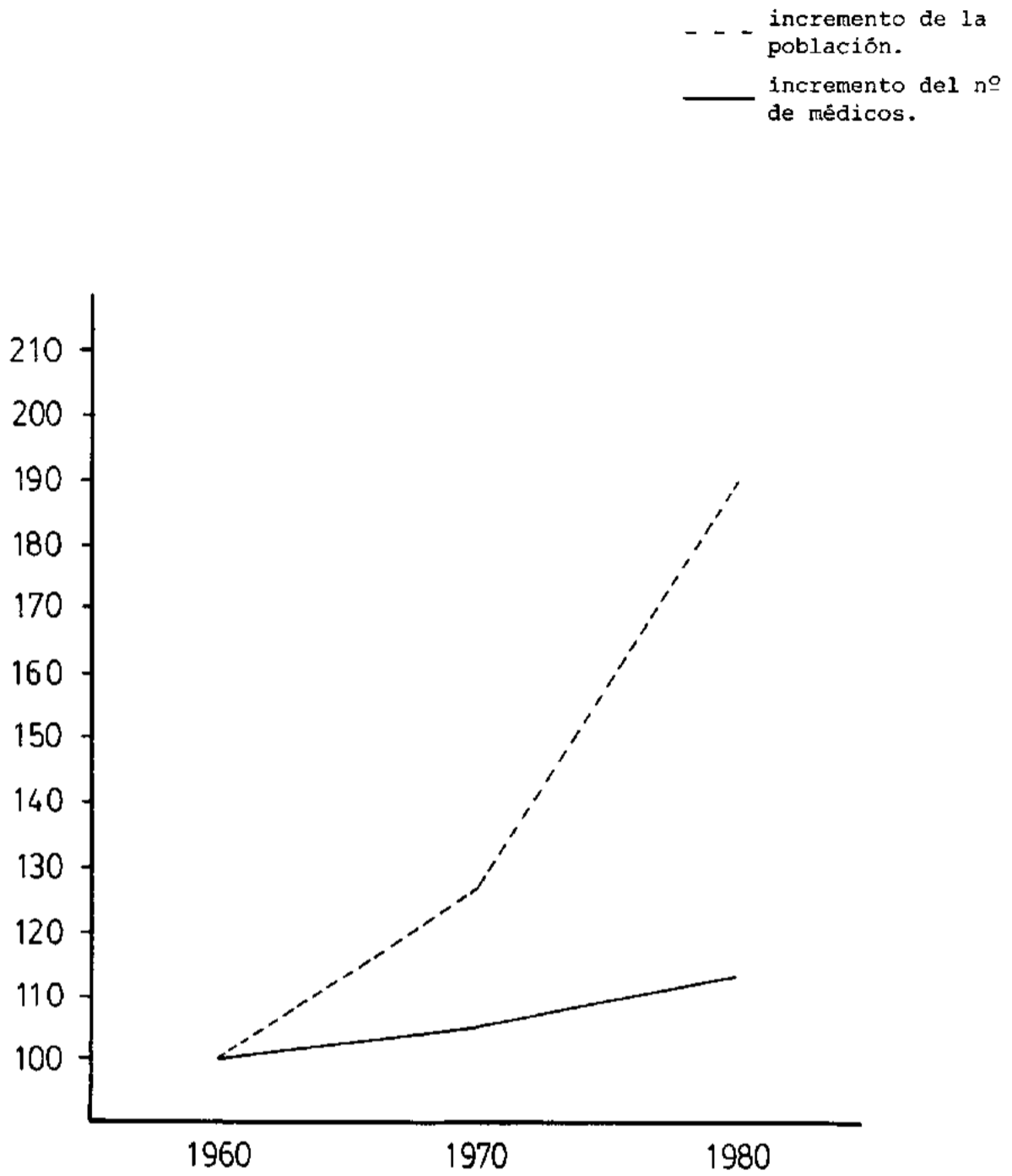
FIGURA 1.3. CRECIMIENTO PORCENTUAL DEL Nº TOTAL DE MEDICOS Y LA DENSIDAD MEDICA (X . 10.000 HAB.) EN LA CEE Y ESPAÑA. DUPANTE LOS PERIODOS 1960-1970 Y 1970-1980



Fuente: Elaboración propia a partir de:

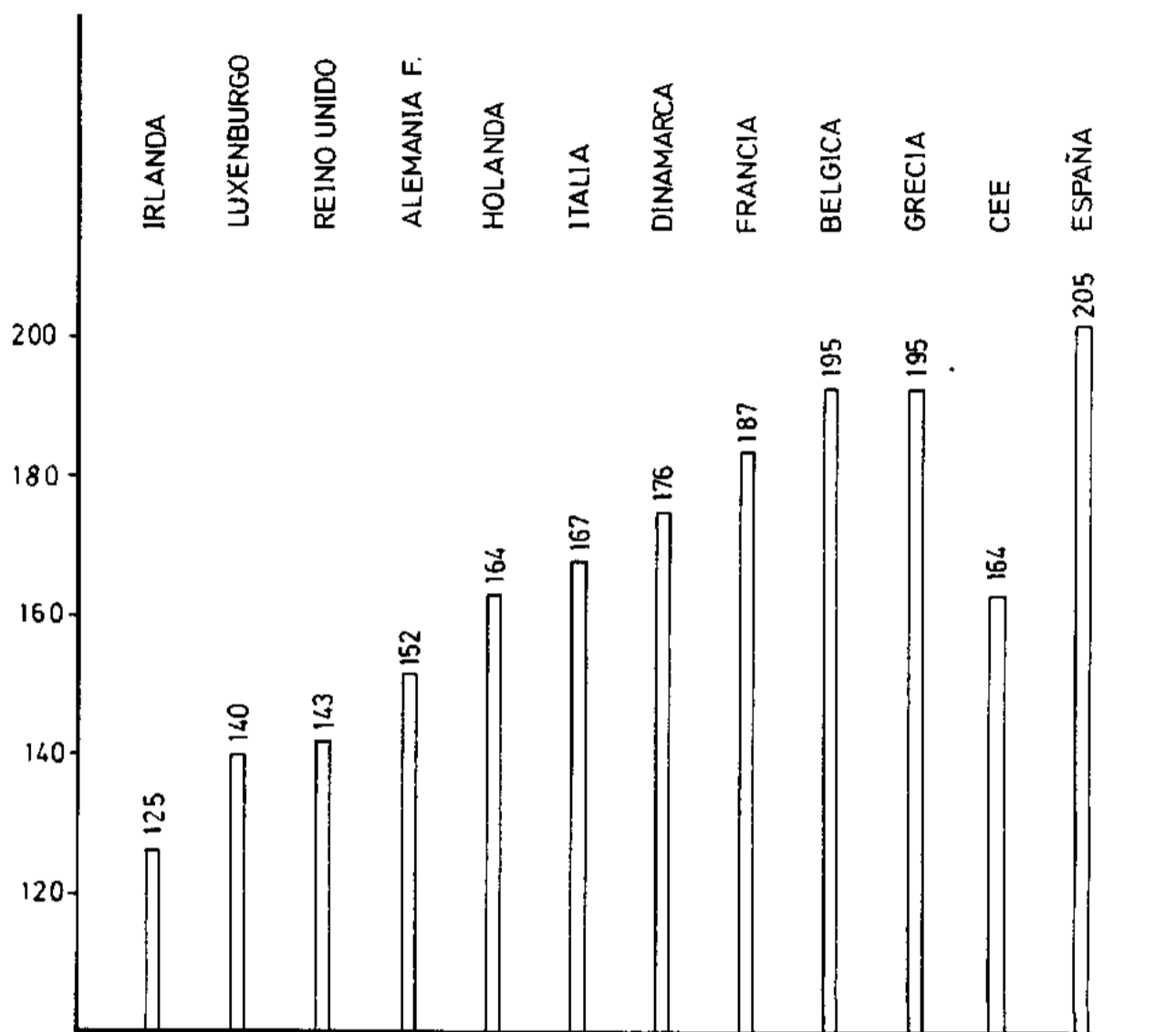
- World Health statistics 1983 (OMS)
- V. Mapelli. "Les previsions des medicina a l'horizon 1985 dans les pays de les communaute economique erropeene": Cahiers de Sociologie, et demographie médicale. XXiena.

FIGURA 1.4. INCREMENTO EN BASE CIEN (1960 = 100) DEL NUMERO TOTAL DE MEDICOS Y LA POBLACION DEL CONJUNTO DE LA CEE INCLUIDA ESPAÑA



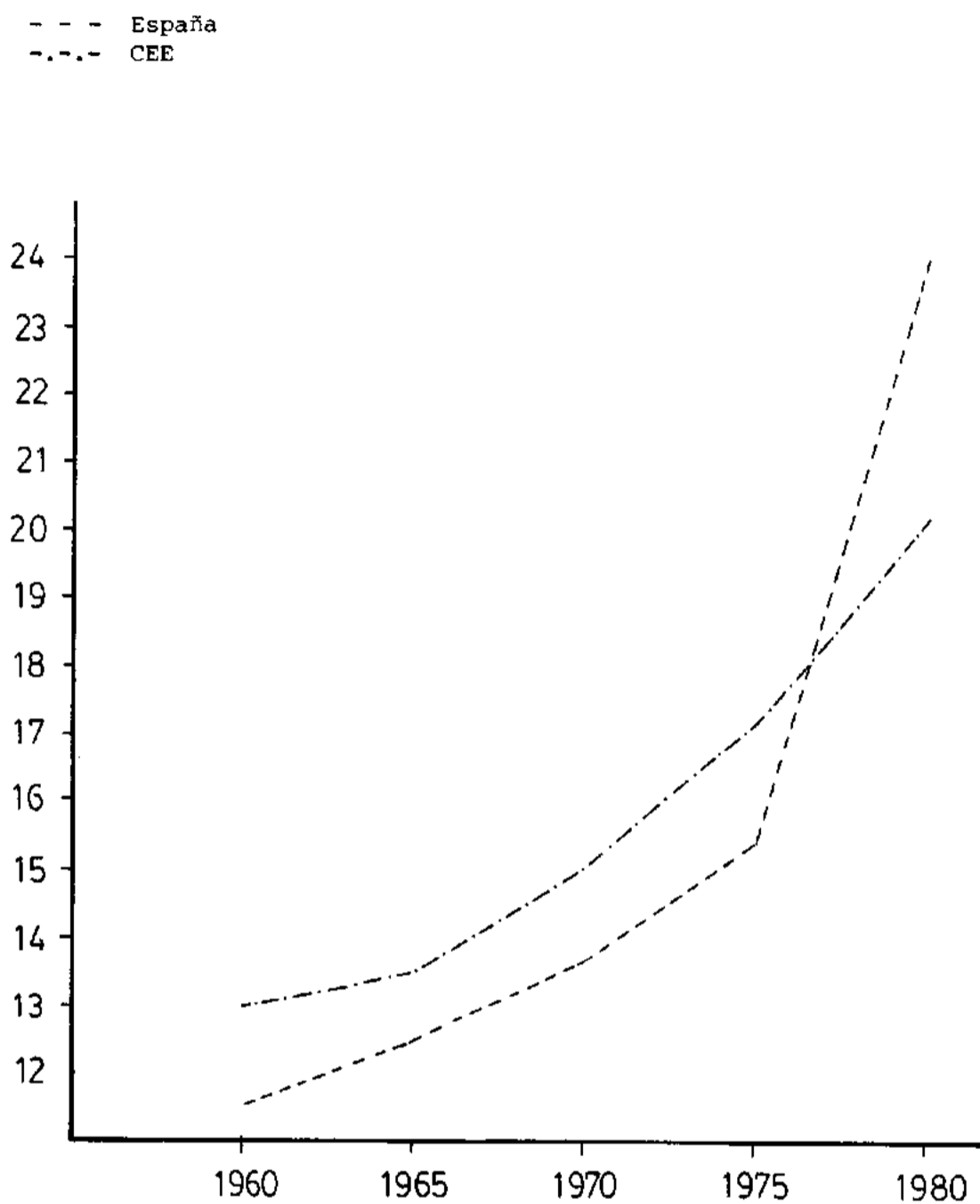
Fuente: Elaboración propia a partir de referencia tabla 1.10. y Eurostat.

FIGURA 1.5. INCREMENTO DE LAS DENSIDADES DE MEDICOS EN EL PERIODO 1960-80
(x 10.000 HABITANTES) (1960 = 100) EN LA CEE Y ESPAÑA.



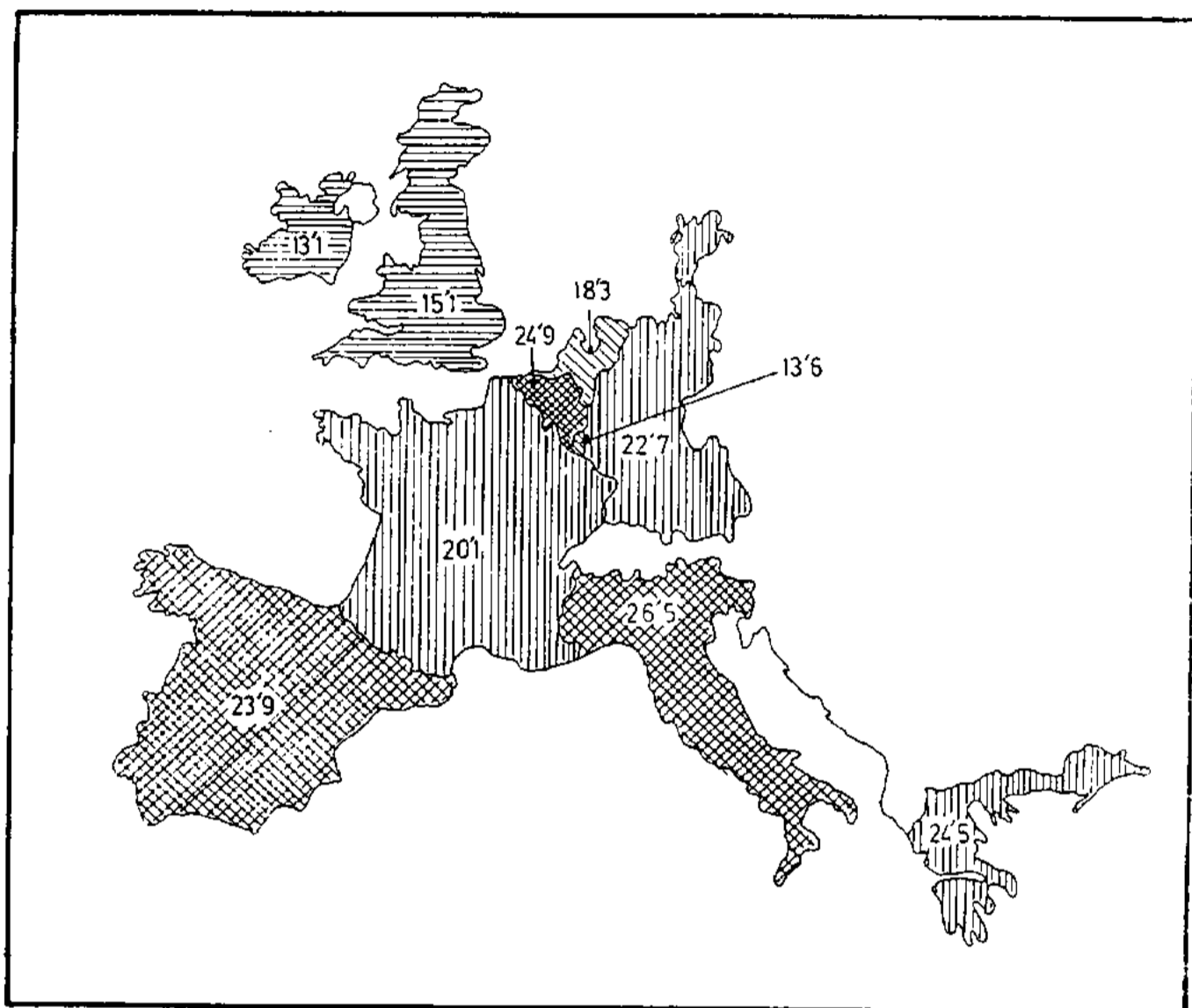
Fuente: Elaboración propia a partir de referencia tabla 1.10.

FIGURA 1.6. EVOLUCION DE LA DENSIDAD DE MEDICOS (x 10.000 HABITANTES) EN LA CEE Y ESPAÑA (1960-80)



Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia tabla 1.10.

FIGURA 1.7. DENSIDAD DE MEDICOS (x 10.000 hb.) EN LA CEE Y ESPAÑA EN EL AÑO 1980



Fuente: Referencia tabla 1.10. Elaboración propia.

TABLA 1.10. CRECIMIENTO DEL NUMERO TOTAL DE MEDICOS EN LOS PAISES DE LA CEE Y ESPAÑA (1960-1980)

PAIS	1960	1970	1980	Crecimiento
Alemania Federal	82.678	105.976	139.431	1,69
Bélgica	11.703	14.887	24.536	2,10
Dinamarca	5.650	7.100	11.143	1,97
Francia	49.194	68.000	108.054	2,20
Holanda	12.809	16.292	25.947	2,30
Irlanda	2.952	3.000	4.340	1,47
Italia	78.860	97.003	151.348	1,92
Luxemburgo	304	361	495	1,63
Reino Unido	55.777	68.784	84.749	1,52
Grecia	10.424	14.263	23.469	2,25
-----	-----	-----	-----	-----
CEE	310.351	395.666	573.512	1,85
España	35.685	45.335	89.253	2,50
TOTAL	346.036	441.001	662.765	1,92

Fuente: - World Health Statistics. 1983 (OMS).

- Mapelli V.: "Les previsions de medecins a l'horizon 1985 dans les pays de la comunaute économique européenne"
Cahiers de Sociologie et Demographie Medicals, 1981; 2: 57-68.

TABLA 1.11. CRECIMIENTO DE LA DENSIDAD MEDICA (x 10.000 HABITANTES) EN LOS PAISES DE LA CEE Y ESPAÑA DURANTE EL PERIODO 1960-1980

PAIS	1960	1970	1980	Crecimiento
Alemania Federal	14,92	17,22	22,65	1,52
Bélgica	12,79	15,38	24,89	1,95
Dinamarca	12,33	14,40	21,75	1,76
Francia	10,77	13,39	20,12	1,87
Holanda	11,16	12,50	18,34	1,64
Irlanda	10,48	10,20	13,11	1,25
Italia	15,89	18,07	26,52	1,67
Luxemburgo	9,68	10,62	13,60	1,40
Reino Unido	10,61	12,39	15,13	1,43
Grecia	12,52	16,23	24,45	1,95

CEE	12,90	15,20	21,17	1,64
España	11,67	13,35	23,87	2,05

TOTAL	12,78	15,01	21,51	1,68

Fuente: Elaboración propia a partir de la referencia de la tabla 1.10.

TABLA 1.12. INCREMENTO DEL NUMERO TOTAL DE MEDICOS Y DENSIDAD MEDICA EN LA CEE Y ESPAÑA DURANTE LOS PERIODOS 1960-1970 Y 1970-1980

PAIS	INCREMENTO 1960-1970		INCREMENTO 1970-1980	
	nº total de médicos	nº médicos x 10.000 hab.	nº total de médicos	nº médicos x 10.000 hab.
Alemania Federal	28,18	15,42	31,57	31,53
Bélgica	27,21	20,25	64,81	61,63
Dinamarca	25,66	16,79	56,94	51,04
Francia	38,23	24,33	58,90	50,26
Holanda	27,19	12,01	59,26	46,72
Irlanda	1,63	-2,67	44,67	28,53
Italia	23,01	13,72	56,02	46,72
Luxemburgo	18,75	9,71	37,12	28,06
Reino Unido	23,32	16,78	23,21	22,11
Grecia	36,83	29,63	64,54	50,65
-----	-----	-----	-----	-----
CEE	27,49	17,83	44,95	38,28
España	27,04	14,40	96,87	78,80
-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL	27,44	17,45	50,29	43,30

Fuente: Elaboración propia a partir de referencia tabla 1.7.

TABLA 1.13. EVOLUCION DEL NUMERO DE MEDICOS Y DENSIDAD (MEDICOS x 10.000 HABITANTES) DURANTE EL PERIODO 1960-1982.
DISTRIBUCION POR C.C.A.A.

C.C.A.A.	1960		1970		1982		INCREMENTO DEL Nº TOTAL DE MEDICOS (1960-1982)
	nº médicos	médicos x 10.000 hab.	nº médicos	médicos x 10.000 hab.	nº médicos	médicos x 10.000 hab.	
Andalucía	5.179	8,8	6.469	10,9	15.633	25,4	3,0
Aragón	1.632	14,8	1.933	16,8	4.555	39,2	2,8
Asturias	979	9,9	1.202	11,4	3.231	28,3	3,3
Baleares	552	12,5	668	12,6	1.655	24,7	3,0
Canarias	710	7,5	1.043	9,3	2.984	19,5	4,2
Cantabria	477	11,0	605	12,9	1.426	28,1	3,0
Castilla L.M.	1.778	9,0	1.626	9,3	3.277	21,6	1,8
Castilla León	3.780	13,3	3.770	14,1	8.007	33,6	2,1
Cataluña	5.780	14,2	7.711	15,3	17.407	27,7	3,0
C. Valenciana	3.006	12,1	4.434	14,6	10.005	26,6	3,0
Extremadura	1.177	8,5	1.240	10,5	2.139	22,4	1,8
Galicia	2.149	8,3	2.452	9,1	6.081	21,9	2,8
La Rioja	294	12,8	290	12,4	754	31,2	2,7
Madrid	4.980	19,1	7.942	21,5	17.384	34,6	3,5
Murcia	635	7,9	840	10,1	2.266	24,6	3,5
Navarra	449	11,2	677	14,6	1.638	32,9	3,6
País Vasco	1.681	12,2	2.433	13,2	6.095	26,5	3,6
TOTAL	35.028	11,5	45.815	13,6	104.759	27,7	3,0

Fuente: I.N.E. Anuario estadístico I.N.E 1960, 1963, 1971, 1983, Madrid.

TABLA 1.14. DENSIDAD MEDICA EN LA CEE Y ESPAÑA EN 1982

PAIS	Nº DE MEDICOS	POBLACION (millones de hb.)	Nº DE MEDICOS POR 10.000 HAB.	Nº HABITANTES POR MEDICO
Alemania F.	178.000	61.5	28,9	345
Bélgica	26.000	9.9	26,3	380
Dinamarca	13.000	50.0	26,0	385
Francia	143.000	54.3	26,3	380
Holanda	28.000	14.3	19,6	570
Irlanda	5.000	3.4	14,7	680
Italia	200.000	56.5	35,1	282
Luxemburgo	567	0.4	14,2	705
Reino Unido	90.000	55.8	16,1	620

CEE	683.567	261.1	26,2	382
España	104.535	37.7	27,7	354

Fuente: Breakley R., Br. Med. J. 288: 1360-1363, 1984.
Anuario Estadístico. I.N.E. Madrid 1983.

TABLA 1.15. RELACION ENTRE PERSONAL MEDICO. NIVELES DE RENTA Y SALUD EN ALGUNOS PAISES INDUSTRIALIZADOS

PAIS	MEDICOS 10.000 hb. (1980)	CAMAS HOSPITAL x 10.000 hb. (1979)	ESPERANZA DE VIDA (En años) (1981)	TASA MORTALIDAD INFANTIL (1981)	PNB PER CAPITA (\$) (1980)
Alemania F.	22,7	11.6	73	11,6	13.600
Bélgica	24,9	9.3	73	11,7	12.200
Dinamarca	21,8	8.4	75	5,3	13.100 (1)
Francia	20,1	11.4	76	9,6	11.700
Holanda	18,3	12.1	76	8,3	11.800 (1)
Irlanda	13,1	9.8	73	9,1	5.200 (1)
Italia	26,5	9.8	74	14,1	6.500
Luxemburgo	13,6	12.4	71 (3)	13,8	15.900 (1)
R. Unido	15,1	8.2	74	11,1	7.900
Grecia	24,5	6.4	74	9,3	4.500
España	23,9	5.4	74	11,1	5.400
Portugal	16,3 (2)	5.3	72	26,0 (4)	2.400
Suecia	19,8 (2)	14.9	77	7,0	13.500
Suiza	21,4	11.4	76	7,6	16.400
URSS	36,5	12.1	72	16,4 (4)	4.600
USA	19,5	6.3	75	11,7	11.400
Japón	11,8	10.6	77	7,1	10.100

- (1) Datos del año 1981
 (2) Datos del año 1978
 (3) Datos del año 1975
 (4) Datos del año 1979

Fuente: World Health Statistic 1983 (OMS)

- Eurostat
- Bui Dang Ha Doan " Les profession de santé dans les sociétés industrielles" Santé, Sécurité Sociale, 1982, 1.

TABLA 1.16. EVOLUCION DEL NUMERO DE MEDICOS EN ESPAÑA DURANTE EL PERIODO 1970-1982

AÑO	Nº TOTAL DE MEDICOS	INCREMENTO PORCENTUAL		Nº HABITANTES x MEDICO	Nº DE MEDICOS POR 10.000 HAB.
		(en %)	(1970=100)		
1970	45.335	-	100,00	751	13,22
1975	54.533	20,29	120,29	651	15,36
1976	64.597	18,45	142,49	550	18,18
1977	69.080	6,94	153,98	526	19,01
1978	75.081	8,69	165,61	490	20,41
1979	81.658	8,76	180,12	454	22,03
1980	89.253	9,30	196,87	419	23,87
1981	96.569	8,20	210,81	391	25,58
1982	104.537	8,25	230,59	354	27,63

Fuente: Anuario estadístico (I.N.E). Elaboración propia.

TABLA 1.17. DISTRIBUCION DE MEDICOS SEGUN EDADES EN PAISES DE LA CEE (1978)
Y ESPAÑA (1974)

PAIS	HASTA 30 AÑOS %	31-60 AÑOS %	MAS DE 60 AÑOS %
Alemania F.	13,3	66,9	19,8 (1)
Bélgica	21,4	64,3	14,3
Dinamarca	9,8	79,0	11,2
Francia	10,5	77,0	12,5 (1)
Italia	22,5	64,0	13,5 (1)
Holanda	15,0	78,4	6,6 (2)
Reino Unido (1975)	16,8	73,6	9,6

Total (1978)	16,1	69,8	14,1
España (1974)	19,9	66,4	13,7 (2)

(1) Se incluyen los médicos con retiro.

(2) Más de 65 años.

Fuente: Elaboración propia según datos del consejo de médicos (1974) y
V. Mapelli (Op. ct.)

TABLA 1.18. EVOLUCION DE LA PROPORCION DE MUJERES EN LA POBLACION MEDICA ESPAÑOLA (1960-1982).

AÑO	TOTAL MEDICOS	TOTAL MUJERES	PROPORCION MUJERES %
1960	35.028	497	1,4
1965	39.709	1.091	2,8
1970	45.815	1.852	4,0
1975	64.435	6.497	10,1
1980	85.010	14.666	17,3
1982	104.537	20.740	19,8

Fuente: Anuario Estadístico (I.N.E) 1963-1983.

TABLA 1.19. EVOLUCION DE LA PROPORCION DE MUJERES EN LA POBLACION MEDICA ESPAÑOLA (1960-1982). DISTRIBUCION POR CC.AA.

CC.AA.	1960		1970		1982	
	Total de médicos	nº de mujeres & de médicos	Total de médicos	nº de mujeres & de médicos	Total de médicos	nº de mujeres & de médicos
Andalucía	5.179	49	6.469	222	15.633	2.243
Aragón	1.632	26	1.233	86	4.555	1.236
Asturias	979	17	1.202	79	3.231	784
Baleares	552	4	668	10	1.655	290
Canarias	710	9	1.043	32	2.984	259
Cantabria	477	3	605	11	1.926	161
Castilla L.M	1.778	19	1.626	37	3.277	459
Castilla León	3.780	41	3.770	109	8.007	148
Cataluña	5.570	93	7.771	202	17.407	380
C. Valenciana	3.006	81	4.434	262	10.005	2.152
Extremadura	1.177	5	1.240	12	2.139	303
Galicia	2.149	20	2.452	33	6.081	1.193
La Rioja	294	3	290	5	754	167
Madrid	4.980	76	7.942	574	17.384	3.237
Murcia	635	5	840	21	2.266	314
Navarra	449	7	677	39	1.638	431
País Vasco	1.681	39	2.433	118	6.095	1.524
TOTAL	35.028	497	45.815	1.852	104.537	20.740
				1,4	4,0	19,8

Fuente: Anuario Estadístico 1963, 1971, 1983 (I.N.E)
Elaboración propia.

TABLA 1.20. DISTRIBUCION DE MEDICOS SEGUN SEXO, EN LOS PAISES DE LA CEE Y ESPAÑA, (1978)

PAIS	HOMBRES %	MUJERES %
Alemania Federal	75,0	25,0
Bélgica	86,2	13,8
Dinamarca	80,9	19,1
Francia	78,9	21,1
Holanda	81,1	18,9
Italia	88,2	11,8
Reino Unido (1975)	82,3	17,7

CEE	81,4	18,6
España	82,7	17,3

Fuente: V. Mapelli: (Op. ct.)
Anuario Estadístico de España.

TABLA 1.21. PROBABILIDAD DE MORIR POR EDAD Y SEXO SEGUN
TABLAS DE VIDA DE ESPAÑA. AÑO 1980

EDAD	PROBABILIDAD DE MORIR	
	Hombres	Mujeres
20-34	0,00556	0,00214
25-29	0,00602	0,00268
30-34	0,00695	0,00352
35-39	0,00982	0,00532
40-44	0,01508	0,00797
45-49	0,02424	0,01287
50-59	0,03669	0,01947
55-59	0,06078	0,03095
60-64	0,09573	0,04790
65-69	0,15010	0,08131
70-74	0,23235	0,14159

Fuente: Elaboración propia con datos del Anuario Estadístico del I.N.E.

TABLA 1.22. TASAS DE ACTIVIDAD PROFESIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN ESPAÑA (1975)

EDAD	ACTIVIDAD	
	Hombres	Mujeres
24	94,97	94,46
25-29	96,87	96,68
30-34	98,37	97,06
35-39	98,84	96,51
40-44	98,49	95,49
45-49	97,92	96,15
50-59	97,86	97,39
55-59	98,19	98,19
60-64	97,32	97,32
65-69	93,19	93,19
70-74	69,83	66,67

Fuente: Elaboración propia según datos de la Encuesta del I.N.E 1974-75.

1.3. Distribución por especialidades

Problemas metodológicos

El análisis de la especialización médica suele abordar dos aspectos básicos: cuál es el volumen de médicos especialistas, desglosándose en la densidad (número de médicos especialistas por 10.000 habitantes) y la tasa de especialización (número de especialistas por 100 médicos totales), y en segundo lugar, cómo se distribuyen éstos entre las distintas especialidades. La finalidad última de considerar estos datos es la de tener elementos de juicio en relación con la adecuación o inadecuación de estos recursos a las necesidades asistenciales de la población.

Al abordar este tema aparecen dificultades importantes que impiden, en cierta medida, hacer un análisis exhaustivo. Por una parte, la falta de concreción del término de especialista: debido a la continua movilidad de las listas de especialidades reconocidas en cada país, o por la falta de homogeneidad de dichas listas entre varios países. En la mayoría de los países se plantea también la dificultad de diferenciar entre el número de títulos de especialistas librados y médicos que ejercen una especialidad como actividad principal.

Finalmente, la falta de información en algunos países ayuda a dificultar este tipo de estudios. En nuestro medio, la información sobre médicos especialistas es particularmente escasa y de mala calidad. Hemos revisado los archivos del Ministerio de Educación y Ciencia, com-

probando que el uso de la información almacenada (archivos manuales, distintos en función de las épocas, fichas personales con información no homogenizada, necesidad de recurrir a dossiers personales) para un volumen de médicos que posiblemente sobrepasa los 60.000 especialistas, comporta un coste desmesurado para nuestro estudio.

Tasa y densidad de especialistas

A partir de los años cuarenta y cincuenta aumenta la tendencia a la especialización por parte de los nuevos licenciados. Si hiciéramos un seguimiento, durante los últimos cuarenta años, de la tasa de especialización de cada promoción de nuevos licenciados, observaríamos cómo hay un fuerte incremento de dicha tasa hasta finales de los años setenta. A partir de entonces el crecimiento es menor y en algunos países va disminuyendo. Aunque éste no es un fenómeno que se dé de una forma homogénea en los países europeos, sí que hay una tendencia global para el futuro a aumentar proporcionalmente el contingente de médicos dedicados a la asistencia primaria, en detrimento de la especialización. Esto se debe en gran parte a que, en los distintos países, la política sanitaria actual potencia la asistencia primaria y en consecuencia hay una menor dificultad para ejercer en este campo de la medicina.

En España, tomando sólo los médicos especialistas de hospitales, la tasa de especialización pasa de 62,7 en 1977 a 58,5 en 1979 (Tabla 1.23). De todas formas, en una encuesta realizada a una muestra representativa de

médicos de la provincia de Barcelona, la tasa de especialización en las cohortes de médicos menores de 30 años era el 70%, mientras que en el total de médicos era el 62,8.

En el año 1978 los países con mayor tasa de especialización son: Luxemburgo (76,8), Italia (48,3) y Alemania Federal (46,0). España, tomando sólo los especialistas que ejercen en hospitales, tiene una tasa de especialización del 58,5%, mayor que cualquier país de la C.E.E. excepto Luxemburgo (Tabla 1.24). Si nos referimos a la encuesta realizada a los médicos de la provincia de Barcelona mencionada anteriormente, el 71,6 de los entrevistados posee al menos un título de especialista en 1979, siendo un 62,8 los que dicen ejercer como especialistas.

Al relacionar la tasa de especialización de cada país, por una parte, con la densidad médica en 1980, y, por otra, con el crecimiento del número total de médicos entre 1960 y 1980, el coeficiente de correlación en ninguno de los dos casos es significativo (0,43 y 0,38 respectivamente). Es decir, que en los países con los que trabajamos no podemos concluir que con una mayor densidad médica o con un ritmo de crecimiento más elevado, haya una tasa de especialización mayor.

La dispersión en la especialización de los médicos entre países con unas características globales semejantes (Tabla 1.24) no hace pensar que la especialización es un fenómeno complejo donde se incluyen varios factores: las tradiciones médicas del país, la carga de tra-

bajo de estos médicos, sus formas de remuneración, la repartición de las tareas entre categorías de médicos, las estructuras sanitarias, las corporativo-profesionales, etc.

En cuanto a la densidad de especialistas, los datos disponibles nos hacen concluir que Alemania tenía la más alta dentro de la C.E.E. con 9,5 especialistas por cada 10.000 habitantes, mientras que en España era de 12 médicos especialistas por cada 10.000 habitantes (Tabla 1.24).

Distribución por especialistas

Al hacer un análisis de la distribución de los especialistas en las distintas especialidades, la escasez de información y la poca homogeneidad de ésta impide llegar a conclusiones claras sobre el déficit o exceso específico de médicos en cada especialidad.

La necesidad de un registro estable de información de médicos se manifiesta con claridad en este apartado, pues el desconocimiento en detalle de la situación existente en la actualidad dificulta el realizar una planificación eficaz de recursos humanos en la población médica.

Los datos presentados por la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado se refieren a los médicos especialistas que ejercen en hospitales. En las tablas 3.39 y 3.40 presentamos la evolución entre 1974 y 1979 (los últimos datos disponibles)

del número de médicos de cada especialidad. La agrupación en especialidades médicas y quirúrgicas viene determinada por la fuente de información ya citada.

Se observa que Medicina interna y especialidades y Cirugía General y especialidades, que en 1974 tenían un contingente de médicos bastante mayor que el resto de especialidades, van disminuyendo proporcionalmente respecto a los Médicos en Formación y Servicios y Departamentos Centrales, que son los grupos que experimentan un mayor crecimiento en estos cinco años. De todas formas, en 1979, es en Cirugía General y especialidades donde hay más médicos especialistas (24,8%), seguida de Médicos en Formación (18,8%) y Medicina Interna (17,1%). Hay que destacar el escaso crecimiento experimentado por Psiquiatría, Obstetricia y Ginecología, disminuyendo proporcionalmente su número de médicos respecto al global. (Tabla 3.39)

Estas cifras, a pesar de ser muy globales e incompletas, indican una tendencia al crecimiento de aquellas especialidades más nuevas (Inmunología, Bioquímica Clínica) englobadas principalmente en Servicios y Departamentos Centrales; el número de Médicos en Formación experimenta un crecimiento importante debido al aumento de plazas convocadas por el sistema M.I.R. durante los años 1974-1979.

La distribución proporcional de las distintas especialidades en la C.E.E. muestra un predominio de Medicina Interna (13%), seguida por Cirugía (10,5%) y Pediatría (9%). También registran porcentajes altos las es-

pecialidades de Neurología-Psiquiatría así como Obstetricia- Ginecología (8%). Los porcentajes más bajos corresponden a: Reumatología-Rehabilitación (1,4%), Urología-Nefrología (2,1%) y Dermato-venerología (2,8%). (Tablas 1.25, 1.26).

La densidad de cada especialidad en España la obtenemos tomando únicamente los especialistas del INSALUD. Al compararla con el resto de Europa (Tabla 1.27 y Figura 1.8) se ve que en la mayoría de los casos, tomando sólo los especialistas del INSALUD, nuestras densidades específicas son similares a las europeas. En las especialidades de Traumatología y Cirugía Ortopédica, ORL, Pediatría y Urología-Nefrología la densidad en España es sensiblemente más elevada que en la CEE. Por el contrario, España tiene unas densidades relativamente bajas en Neuro-psiquiatría, Cardiología y Neurología.

Especialidades deficitarias en España: Salud Pública y Odonto-estomatología

En España hay dos especialidades claramente deficitarias: Salud Pública y Odonto-Estomatología.

Por lo que a la especialidad de Salud Pública se refiere, hay una dificultad de establecer criterios normativos dada la diversidad que esta especialidad tiene en los distintos países. Si nos centramos en el especialista de Medicina Comunitaria, se ha propuesto un estándar de 200 médicos de esta especialidad por cada 5 mi-

llones de habitantes (propuesta razonable con las previsiones de la reforma sanitaria), lo que para nuestra población significaría que son necesarios unos 1.500 (1).

En la actualidad el número de especialistas que trabajan en este campo en nuestro medio, no está bien establecido. Si sumamos médicos del Cuerpo de Sanidad Nacional, médicos epidemiólogos y médicos inspectores tenemos un stock de 655 especialistas. Si excluimos el colectivo de Inspectores del INSALUD, el número de médicos ejerciendo esta especialidad no sobrepasa los 120.

La especialidad de odonto-estomatología ha aumentado sus efectivos humanos, entre los años 1960 y 1982, en un 45,8%, mientras que el conjunto de la profesión médica ha crecido un 192,9% en el mismo período de tiempo. Se ha pasado de tener 2.783 odonto-estomatólogos en 1960 a 4.058 en 1982. (Tabla 1.28).

La densidad se ha incrementado tan sólo en un 19%. En 1960 había 0,90 odonto-estomatólogos por 10.000 habitantes y en 1982 era 1,07. (Tabla 1.29)

En la distribución por CC.AA. se observan los extremos de Asturias, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco donde la densidad de odonto-estomatólogos es mayor en 1960 que en la actualidad. Aunque el crecimiento en número absolutos es insignificante, las CC.AA. más favorecidas son Andalucía, Castilla - La Mancha, Extremadura y Murcia. (Tablas 1.29 y 1.30).

(1) Kerr L. White. Epidemiology as a fundamental science. (66-77). Oxford University Press. New York. 1976.

Si tenemos en cuenta que en 1960 existía ya en España un déficit importante de estos profesionales, la casi nula movilidad del número de odontolo-estomatólogos en los últimos 22 años se justifica poco al hacer un análisis de las necesidades en cada momento. Hay que tener en cuenta también que, durante este mismo período de tiempo, el número total de médicos, como la gran mayoría de las profesiones con estudios universitarios, experimentan un crecimiento muy importante.

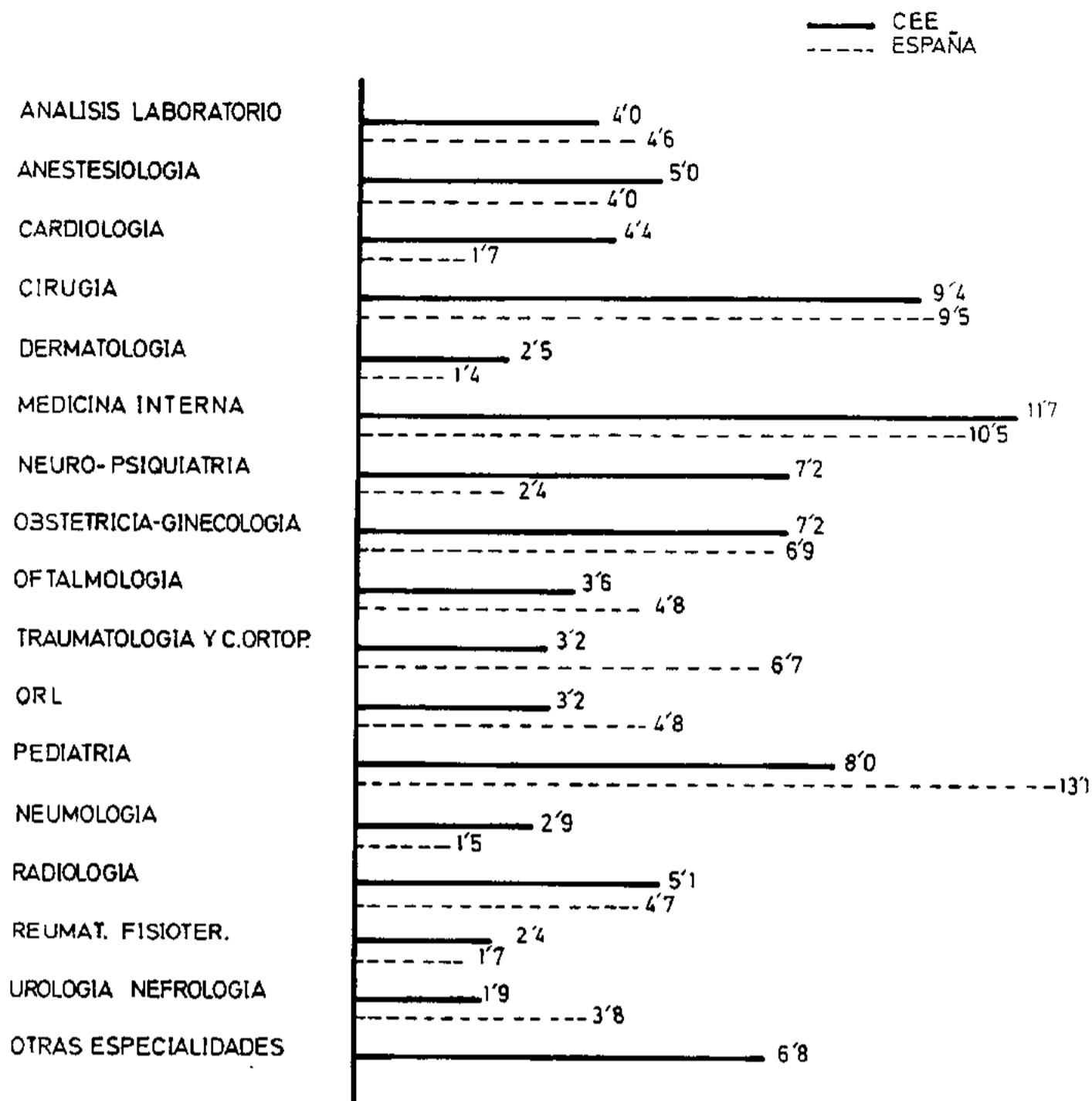
Al comparar con la CEE, nuestra densidad de odonto-estomatólogos es tres veces inferior a la inglesa, cinco veces inferior a la francesa o alemana y casi nueve veces inferior a la de Dinamarca (Tabla 1.31). En relación a estos datos, si fijáramos el standard más bajo de la CEE (3,0 por 10.000 habitantes) necesitaríamos alrededor de unos 7.278 dentistas más de los actuales; si nos fijáramos el standard más alto (9,1) esta cifra ascendería a 30.275 dentistas más de los actuales. Sin embargo una hipótesis más adecuada puede ser la de tomar la densidad media de la CEE que es de 5,25 dentistas por cada 10.000 habitantes, con lo cual nuestras necesidades adicionales serían de 15.760.

Si nos referimos al índice sugerido por la O.M.S., un dentista por cada 3.500 habitantes, o lo que es lo mismo, 2,86 dentistas por cada 10.000 habitantes, el déficit actual se cifraría en 10.340 odonto-estomatólogos. (En la figura 1.9 se especifica este déficit a nivel de CCAA).

Para solventar este déficit tan importante es necesario aumentar las plazas en las escuelas de estomatología. De hecho, en los dos últimos años se ha producido un incremento del 60% en las plazas de odonto-estomatología, con 735 alumnos en el curso 1984-85 para toda España. Ello no ha sido suficiente para variar significativamente el actual déficit que, en las hipótesis medias, oscilaría entre 10.340 y 15.760 médicos odonto-estomatólogos. Así mismo, el incremento de plazas no ha sido generalizado sino que, como se observa en la tabla 1.32, se reduce a las escuelas de Madrid y Andalucía y la creación de una nueva escuela en Murcia.

Finalmente, es necesario homologar el curriculum de formación de nuestros dentistas con los exigidos en la CEE. La creación de una Facultad de Odontología, independiente de las Escuelas de Estomatología, en la que se realizarían estudios de 5 años de duración, se adaptará a los requerimientos establecidos en los países europeos, a la vez que posibilitaría la formación de un número de dentistas que estuviera más acorde con las necesidades presentes y futuras.

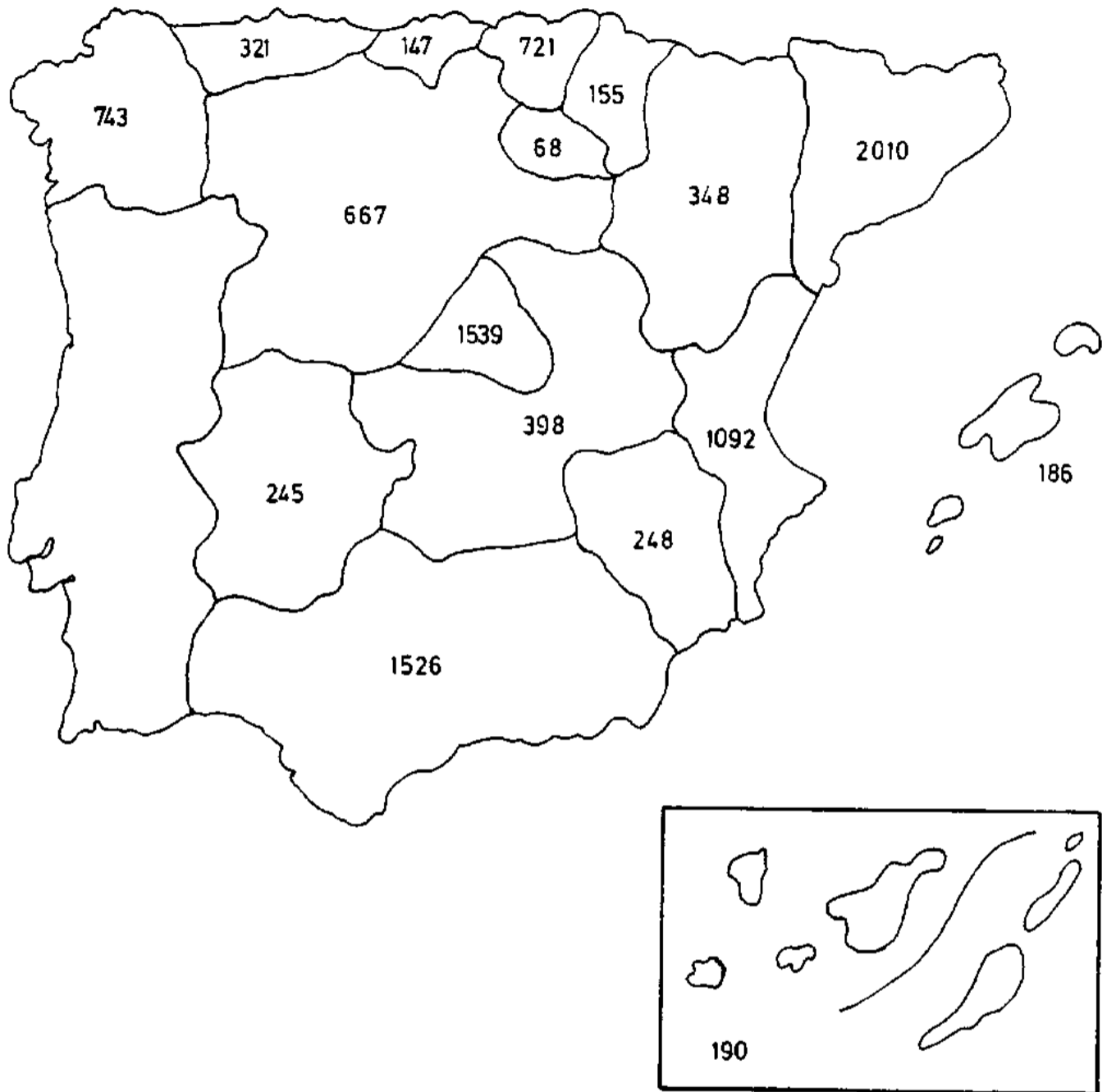
FIGURA 1.8. DENSIDADES DE MEDICOS ESPECIALISTAS (x 100.000 hb.), EN LA CEE (1980) Y ESPAÑA (1982).



Fuente: Elaboración propia a partir de:

- Subdirección General de Hospitales: Plantillas reales (XII-82) INSALUD. Madrid 1984.
- V. Mapelli (op. cit.)

FIGURA 1.9. NUMERO DE ODONTOLOGOS NECESARIOS EN CADA CC.AA. PARA LA PROPORCION 1:3.500 HABITANTES (RECOMENDADA POR LA OMS).



Fuente: Oficina europea de la OMS. Enero 1984.

TABLA 1.23. LA ESPECIALIZACION DE LOS MEDICOS HOSPITALARIOS EN ESPAÑA.

	1974	1977	1979
Nº total de especialistas hospitalarios	33.717	43.296	47.797
Crecimiento en base cien (1974 = 100)	100	128	142
Tasa de especialización	61,8	62,7	58,5

Fuente: Estadística de establecimientos de sanitarios en régimen de internado, I.N.E. Madrid 1976, 1982, 1983. Elaboración propia.

TABLA 1.24. MEDICOS ESPECIALISTAS DE LA CEE (1978) Y ESPAÑA (1979)

PAIS	Nº MEDICOS ESPECIALISTAS	MEDICOS ESP. x 10.000 HAB.	TASA DE ESPECIALIZACION
Alemania Federal	53.243	9,5	46,0
Bélgica (1)	9.051	9,2	40,9
Dinamarca (1)	3.220	6,3	30,5
Francia (1)	44.065	7,7	37,4
Italia (1)	73.366	--	48,3
Holanda	9.450	6,8	38,2
Reino Unido (2)	33.280	6,7	41,1

CEE	231.129	8,9	46,3
España (3)	47.797	12,0	58,5

(1) Certificados de especialización librados.

(2) Médicos hospitalarios solamente.

(3) Los datos de España sólo en médicos hospitalarios según censo de hospitales referido al año 1979.

Fuente: V. Mapelli (op. ct.)

TABLA 1.25. MEDICOS DE LA CEE SEGUN GRUPOS DE ESPECIALIDADES (1978)

GRUPOS DE ESPECIALISTAS	ALEMANIA F. (1)	BELGICA (1)	DINAMARCA (1)	FRANCIA (1)	ITALIA (1)	LUXEMBURGO	HOLANDA	REINO UNIDO (2)
Análisis de Laboratorio	1.130	531	245	1.384	4.347	7	334	2.380
Anestesia	2.738	538	230	3.300	2.042	25	536	3.640
Cardiología	-	285	50	2.350	5.409	16	269	290
Cirugía	6.670	1.085	547	4.643	4.894	64	874	5.760
Dermato-Venerología	2.079	298	111	1.402	1.460	9	277	840
Medicina Interna	15.979	1.247	579	2.811	4.083	83	1.239	4.290
Neurología-Psiquiatría	4.224	936	528	4.608	3.052	33	1.455	3.890
Obstetricia-Ginecología	6.563	655	224	3.390	4.833	42	515	2.500
Oftalmología	3.142	558	146	2.673	1.615	17	387	970
Ortopedia	2.571	284	135	646	2.700	4	206	1.820
ORL	2.659	338	253	2.048	1.861	17	368	880
Pediatría	4.903	751	127	3.153	9.531	43	590	1.610
Pneumología	1.070	178	51	1.770	3.728	8	313	540
Radiología	2.451	827	274	3.355	4.241	17	546	1.570
Reumatología y Fisioterapia	-	451	127	2.114	--	6	212	400
Urología y Nefrología	1.668	144	67	665	1.810	9	154	420
Otras especialidades	396	--	112	2.688	10.458	4	1.220	1.980
Total especialidades	58.243	9.370	3.806	44.265	73.366	407	9.495	33.280
Médicos especialistas	58.243	9.051	3.220	44.065	n.d.	407	9.495	33.280 (2)

(1) Certificados de especialización entregados.

(2) Inglaterra y Gales: Sólo médicos de hospitales.

Fuente: V. Mapelli (op. ct.)

TABLA 1.26. DISTRIBUCION DE MEDICOS POR ESPECIALIDADES EN LA CEE (1).
(1978)

ESPECIALIDADES	Nº MEDICOS	%	MEDICOS POR 10.000 HAB.
Análisis de Laboratorios	10.358	4,5	0,40
Anestesiología	13.052	5,6	0,50
Cardiología	8.669	3,7	0,44
Cirugía	24.534	10,5	0,94
Dermato-Venerología	6.476	2,8	0,25
Medicina Interna	30.321	13,0	1,17
Neurología-Psiquiatría	18.726	8,0	0,72
Obstetricia-Ginecología	18.722	8,0	0,72
Oftalmología.	9.508	4,1	0,36
Ortopedia	8.366	3,6	0,32
ORL	8.424	3,6	0,32
Pediatría	20.708	9,0	0,80
Pneumología	7.618	3,3	0,29
Radiología	13.281	5,7	0,51
Reumatología y Fisioterapia	3.310	1,4	0,24
Urología y Nefrología	4.937	2,1	0,19
Otras especialidades	16.858	7,2	0,68

(1) Excepto Irlanda y Grecia.

Fuente: V. Mapelli (op. cit.)

TABLA 1.27. DENSIDAD DE ESPECIALISTAS POR CADA 100.000 HABITANTES. ESPAÑA Y ALGUNOS PAISES EUROPEOS

ESPECIALIDAD	ALEMANIA	FRANCIA (1)	ITALIA (1)	REINO UNIDO (2)	ESPAÑA (3)
Análisis de Laboratorio	1,8	2,6	7,7	4,3	4,6
Anestesia	4,5	6,2	3,6	6,5	4,0
Cardiología	-	4,4	9,5	0,5	1,7
Cirugía	10,9	8,7	8,6	10,3	9,5
Dermatología	3,4	2,6	2,6	0,6	1,4
Medicina Interna	26,1	5,3	7,2	7,7	10,5
Neurología-Psiquiatría	6,9	8,7	5,4	7,0	2,4
Obstetricia-Ginecología	10,7	6,4	8,5	4,5	6,9
Oftalmología	5,1	5,0	2,9	1,7	4,8
Traumatología y C. Ortopéd.	4,2	1,2	4,8	3,3	6,7
ORL	4,3	3,9	3,3	1,6	4,8
Pediatría	8,0	5,9	16,8	2,9	13,1
Neumología	1,8	3,3	6,6	1,0	1,5
Radiología	4,0	6,3	7,5	2,8	4,7
Reumatología y Fisioterapia	-	4,0	-	0,7	1,7
Urología y Nefrología	2,7	1,3	3,2	0,8	3,8
Otras especialidades	0,7	5,0	18,4	3,6	-

(1) Calculados a partir de certificados de especialización entregados (1978)

(2) Cálculados a partir de médicos especialistas hospitalarios (1978)

(3) Especialistas del INSALUD intra y extrahospitalarios (1982)

Fuente: - Subdirección General de Hospitales. Plantillas reales (XII-82). INSALUD.
Madrid, 84.

- V. Mapelli (op. ct).

TABLA 1.28. EVOLUCION DEL NUMERO DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS EN ESPAÑA DURANTE EL PERIODO (1960 - 1982).

CCAA	1960	1970	1982
Andalucía	249	296	413
Aragón	112	129	160
Asturias	131	135	126
Baleares	64	74	99
Canarias	59	88	106
Cantabria	48	49	59
Castilla - La Mancha	73	92	83
Castilla - León	234	250	215
Cataluña	387	470	735
Comunidad Valenciana	287	364	418
Extremadura	54	73	54
Galicia	194	244	244
La Rioja	30	36	39
Madrid	526	694	892
Murcia	35	45	63
Navarra	49	52	60
País Vasco	251	270	292
TOTAL	2.783	3.361	4.058

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1960, 1963, 1971, 1983. Madrid.

TABLA 1.29. NUMERO DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS POR 10.000 HABITANTES Y LA VARIACION PERCENTUAL DE ESTE INDICE, SEGUN CC.AA. Y AÑOS (1960-70-82).

	Nº Odontólogos-Estomatólogosx10.000 hb.			Variación Nº Odontólogos-Estomatólogosx10.000 hb.		
	1960	1970	1982	1960-70 %	1970-82 %	1960-82 %
Andalucía	0.42	0.50	0.67	19,1	34,0	59,5
Aragón	1.01	1.12	1.38	10,9	23,2	36,6
Asturias	1.32	1.29	1.11	- 2,3	- 13,9	- 15,9
Baleares	1.44	1.33	1.48	- 8,6	11,3	2,9
Canarias	0.62	0.75	0.69	21,0	- 8,0	11,3
Cantabria	1.11	1.05	1.16	- 5,4	10,5	4,5
Castilla - La Mancha	0.37	0.54	0.55	46,0	1,9	48,6
Castilla - León	0.82	0.95	0.90	15,9	- 5,3	9,8
Cataluña	0.99	0.92	1.17	- 7,1	27,2	18,2
Comunidad Valenciana	1.16	1.18	1.11	1,7	- 5,9	- 4,3
Extremadura	0.39	0.64	0.57	64,1	- 10,9	46,2
Galicia	0.75	0.94	0.88	25,3	- 6,4	17,3
La Rioja	1.30	1.53	1.61	17,7	5,2	23,9
Madrid	2.02	1.83	1.78	- 9,4	- 2,7	- 11,9
Murcia	0.44	0.54	0.63	22,7	16,7	43,2
Navarra	1.22	1.12	1.21	- 8,2	8,0	- 0,8
País Vasco	1.83	1.44	1.27	- 21,3	- 11,8	- 30,6
TOTAL	0.90	0.99	1.07	10,0	8,1	18,9

Fuente: Elaboración propia a partir de Anuario estadístico. INE, 1960, 1963, 1971, 1983. Madrid.

TABLA 1.30. EVOLUCION DE LA DENSIDAD DE ODONTOLOGOS-ESTOMATOLOGOS (Nº HABITANTES POR ESPECIALISTA) DURANTE EL PERIODO 1960 - 1982.

CCAA	1960	1970	1982
Andalucía	23.670	20.173	14.897
Aragón	9.871	8.936	7.256
Asturias	7.552	7.746	9.043
Baleares	6.927	7.544	6.759
Canarias	16.008	13.290	14.438
Cantabria	9.003	9.533	8.602
Castilla - La Mancha	27.062	18.548	18.268
Castilla - León	12.172	10.493	11.075
Cataluña	10.144	10.899	8.564
Comunidad Valenciana	8.644	8.443	8.997
Extremadura	25.533	15.690	17.645
Galicia	13.417	10.589	11.399
La Rioja	7.662	6.548	6.204
Madrid	4.955	5.465	5.633
Murcia	22.870	18.496	15.760
Navarra	8.205	8.940	8.287
País Vasco	5.465	6.958	7.875

TOTAL	10.935	10.064	9.323

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1960, 1963, 1971, 1983. Madrid.

TABLA 1.31: NUMERO DE DENTISTAS Y DENSIDAD EN LA CEE Y EN ESPAÑA.

PAIS	Nº DENTISTAS	DENTISTAS x 10.000 hb.
Alemania (1980)	33.240	5,4
Bélgica (1980)	4.162	4,2
Dinamarca (1972)	4.664	9,1
Francia (1977)	27.683	5,2
Irlanda (1981)	706	4,6
Holanda (1980)	5.052	3,6
Reino Unido (1977)	16.636	3,0
España (1981)	4.032	1,1

Fuente: World Health statistics. OMS 1983 Statistical Yearbook 1979/80. ONU
New York 1981.

TABLA 1.32. ALUMNOS DE ESCUELAS DE ESTOMATOLOGIA.

ESCUELA	CURSO 1982-83	CURSO 1983-84	CURSO 1984-85
Madrid	200	300	350
Barcelona	90	90	90
Bilbao	50	50	50
Sevilla	30	36	60
Oviedo	30	30	30
Granada	30	30	60
Valencia	30	45	45
Santiago de Compostela	--	9	?
Murcia	--	--	50

TOTAL	460	590 (Δ 28%)	735 (Δ 59%)

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.
Dirección General de Planificación Sanitaria.

TABLA 1.33. EVOLUCION DEL NUMERO DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS ENTRE LOS AÑOS 1970 - 1982.

AÑO	Nº ODONTOLOGOS ESTOMATOLOGOS	INCREMENTO PORCENTUAL (en %) (1970 = 100)	Nº hb./ODONTOLOGOS ESTOMATOLOGOS	Nº ESTOMATOLOGOS-ODONTOLOGOS x 10.000 hb.
1970	3.361	--	10.126	0,99
1975	3.446	2,52	10.306	0,97
1976	3.703	7,46	9.591	1,04
1977	3.785	2,21	9.608	1,04
1978	3.825	1,05	9.615	1,04
1979	3.582	- 7,65	10.505	0,97
1980	3.946	11,72	9.473	1,06
1981	4.032	2,18	9.362	1,07
1982	4.058	0,64	9.323	1,07

Fuente: Anuario estadístico. INE. (1971, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83). Madrid. Elaboración propia.

Capítulo 2

Distribución territorial de los médicos en España

2.1. Introducción

Aunque el análisis de las diferencias regionales constituye un capítulo clásico en todos los estudios de recursos humanos en el sector sanitario, de hecho viene a ser un cajón de sastre, en el que bajo el mismo denominador se incluyen conceptos sustancialmente distintos.

En su forma más extrema, las diferencias mundiales en la disponibilidad de médicos reproducen a nivel sanitario las diferencias Norte-Sur en todos los aspectos políticos, económicos y sociales. De hecho las diferencias internacionales que van desde un médico por cada 600 habitantes en Europa a un médico por cada 85.000 habitantes en Africa, no son en último término diferencias geográficas, sino la consecuencia de diferencias político-económicas más globales. (1)

A un nivel distinto deben situarse las diferencias intranacionales, es decir, las diferencias dentro de un mismo país. En este capítulo pueden hacerse dos distinciones: la correspondiente al nivel regional y al nivel local.

Las diferencias de densidad médica entre regiones de un mismo país suelen explicarse, a grandes rasgos, por las diferencias en el desarrollo económico aunque también por la distribución de los recursos sanitarios y especialmente de los hospitales y las camas hospitalarias, así como por la ubicación de las Facultades de

(1) T. L. Hall y A. Mejía. "Planificación del personal de Salud. Principios, métodos y problemas". OMS. Ginebra (1979).

Medicina. En cambio, las diferencias locales, dentro de una misma región o comarca, suelen responder a otro orden de factores del tipo de diferencias urbano-rurales.

En el presente capítulo realizamos un análisis descriptivo de las diferencias regionales y locales en la disponibilidad de médicos. Igualmente, cuando es posible, efectuamos comparaciones con datos del mismo nivel en la CEE. Los objetivos de este análisis son tanto la cuantificación y descripción, como el poder identificar situaciones concretas de déficit en la oferta médica.

2.2. Observaciones metodológicas

Como unidad básica utilizamos la densidad médica expresada habitualmente por la relación médicos-habitantes. Este tipo de indicador resulta adecuado para países industrializados en los cuales la mayor parte de los cuidados de salud son prestados por médicos o bajo su supervisión. (1)

Como unidad de medida de las diferencias hemos utilizado la "ratio máxima densidad/mínima densidad", lo cual da una medida de la distancia entre los extremos. Asimismo, en ocasiones utilizamos el coeficiente de variación que da una idea del grado de dispersión-centralidad de las diferencias. (2)

Como unidad geográfica hemos utilizado las Comunidades Autónomas o regiones históricas, las provincias, las capitales de provincia y el resto de la provincia exceptuando la capital.

Obviamente, si se emplease una unidad de dimensiones muy reducidas (municipios menores de 10.000 habitantes) el cálculo de las densidades no tendría en cuenta la imprescindible aglutinación de cierto tipo de recursos y por tanto la búsqueda de servicios en otras áreas contiguas. Por el contrario, el uso de grandes áreas (tipo CCAA) resulta aceptable sólo como primera etapa de análisis ya que suele incluir importantes diferencias en su interior.

(1) Hall, Mejía (op. cit.).

(2) Les disparités géographiques de peuplement médicale: Un cercle vicieux. Ph. Hecketsweilwe/J.P. Desechalliers/P. Pasquis. Santé, sécurité sociale. Statistiques et commentaires. 1981; n. 4 (37-69).

En nuestro medio, las fuentes de información disponibles imponen fuertes restricciones para un estudio sobre la distribución geográfica de la oferta médica. Así, los datos publicados por el I.N.E., en los que se comparan médicos de la capital de provincia con médicos del resto de la provincia, se encuentran sistemáticamente sesgados ya que una proporción variable de los mismos reside en la capital de la provincia pero ejerce fuera de ella. En un estudio realizado en Barcelona se encontró que mientras residían en la capital el 80% de los médicos de la provincia sólo ejercían en ella el 60%.

(1)

Debe tenerse presente también que al analizar stocks de personas se obtiene una visión estática de las unidades de salud. El verdadero problema no es el número de médicos disponibles sino la accesibilidad a los servicios así como su productividad y en definitiva la cobertura que estos proporcionan.

Finalmente hay que observar que las comparaciones a lo largo del tiempo se realizan sin tener en cuenta la estructura de edad y sexo de la población en cada momento.

(1) Estudi Sociològic de metges a Barcelona i Província. Col·legi de Metges de Barcelona. GAPS. Barcelona, 1982, pp 91-92.

2.3. Distribución de médicos a nivel regional

En 1956 la densidad médica en España era de 11 médicos por 10.000 habitantes, mientras que en 1982 había pasado a ser de 27,7. Por regiones, la que tenía una menor densidad era, en 1956, Canarias con 7,1, mientras que en 1982 esta Comunidad tenía una densidad médica de 19,5 (es decir un aumento de 174%). (Tabla 2.1)

En conjunto y para el período 1956-82, mientras Cataluña había experimentado un aumento de densidad del 87,1% y Madrid del 64%, las regiones más desfavorecidas habían experimentado un crecimiento de sus densidades que osciló desde el 174,6% de Canarias al 232,4% de Murcia. Así pues, el crecimiento de la densidad médica ha sido mayor para las regiones con densidades bajas. La razón entre la densidad regional máxima y la mínima era en España de 2,97 en 1956, de 2,25 en 1975 y de 2,01 en 1982. (Tabla 2.3)

La razón densidad máxima-densidad mínima era, para 1980, de 2,20 en Alemania, 2,04 en España, 1,82 en Francia y 1,63 en Italia. (Tabla 2.6)

Si nos fijamos en los valores absolutos, la densidad regional más baja en España, en 1982, era Canarias con 19,5 médicos por 10.000 habitantes, es decir, 4,87 médicos por cada 2.500 habitantes. En Alemania la densidad regional más baja era en 1980 de 18,9, en Francia de 14,5, en los Países Bajos de 14,6 y en Italia de 23,3. (Tabla 2.7).

Así pues, puede concluirse que aunque entre la región con mayor densidad de médicos y la menos densamente surtida hay una diferencia de 2:1, en términos absolutos la densidad de las regiones con menor densidad parece aceptable y quizás en algunos casos más funcional, por lo que puede conllevar de menor paro y de menor presión de los médicos en la determinación de un mayor consumo de servicios por la población.

TABLA 2.1. DENSIDAD DE MEDICOS TOTALES (x 10.000 HABITANTES) EN ESPAÑA. EVOLUCION DURANTE EL PERIODO 1956 - 1982.

	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
Número total médicos	32.018	35.028	39.064	45.335	54.533	89.253	104.759
Médicos por 10.000 hab.	11,0	11,5	12,2	13,3	15,4	20,0	27,7

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1956, 1961, 1966, 1971, 1976, 1981, 1983, Madrid. Elaboración propia.

TABLA 2.2. CRECIMIENTO DE LA DENSIDAD MEDICA EN ESPAÑA. DISTRIBUCION POR CCAA (1956 - 1982) (1956 = 100)

CCAA	1965	1975	1982
Andalucía	126,3	169,7	334,2
Aragón	117,9	134,3	292,5
Asturias	141,6	141,6	317,9
Baleares	100,8	111,5	202,5
Canarias	119,7	150,7	274,6
Cantabria	108,1	146,8	253,2
Castilla - La Mancha	124,0	140,0	288,0
Castilla - León	110,7	145,1	275,4
Catluña	98,7	112,2	187,1
Comunidad Valenciana	110,7	142,2	219,8
Extremadura	126,3	139,5	294,7
Galicia	110,5	151,3	288,2
La Rioja	96,2	125,4	240,0
Madrid	99,1	112,3	164,0
Murcia	125,7	164,9	332,4
Navarra	122,6	161,3	310,4
País Vasco	96,4	104,4	193,4

TOTAL	110,9	140,0	251,8

Fuente: Anuario Estadístico. INE. 1966, 1976, 1983.

TABLA 2.3. EVOLUCION DEL RATIO: CCAA CON DENSIDAD MAXIMA/CCAA CON DENSIDAD MINIMA. (1956-1982)

	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
Densidad máxima	22,1	19,1	20,9	21,5	23,7	33,3	39,2
Densidad mínima	7,1	7,5	8,4	9,1	10,5	16,3	19,5
Ratio	2,97	2,54	2,48	2,36	2,25	2,04	2,01

Fuente: Referencia tabla 2.1.

TABLA 2.4. EVOLUCION DEL RATIO EN CCAA: DENSIDAD PROVINCIAL MAXIMA/DENSIDAD PROVINCIAL MINIMA (1956 - 1982).

CC.AA.	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
Andalucía	1,47	1,29	1,48	1,63	2,34	1,97	1,78
Aragón	1,71	1,60	1,57	1,73	2,31	1,55	1,50
Canarias	1,15	1,08	1,10	1,13	1,03	1,02	1,02
Castilla - La Mancha (1)	2,19 (3,01)	1,92 (2,55)	1,81 (2,76)	1,81 (2,68)	1,58 (2,69)	2,39 (2,39)	2,77 (2,77)
Castilla - León	1,78	1,78	1,71	1,52	1,89	1,90	1,88
Cataluña	1,63	1,42	1,43	1,52	1,81	1,53	1,43
Comunidad Valenciana	1,34	1,97	1,42	1,46	1,70	1,51	1,52
Extremadura	1,20	1,24	1,33	1,32	1,00	1,09	1,01
Galicia	1,28	1,25	1,22	1,43	2,08	1,57	1,70
País Vasco	1,20	1,05	1,15	1,09	1,22	1,00	1,03
-----	3,91	2,69	2,82	2,91	3,16	2,76	2,79

(1) Tomando como unidad regional Castilla la Nueva.

Fuente: Referencia tabla 2.1.

TABLA 2.5. CCAA CON LA MENOR DENSIDAD DE MEDICOS (1956 - 1982).

AÑO	CCAA	DENSIDAD (x 10.000 HAB.)
1956	Canarias	7,1
1960	Canarias	7,5
1965	Galicia	8,4
1970	Galicia	9,1
1975	Castilla - La Mancha	10,5
1980	Canarias	16,3
1982	Canarias	19,5

Fuente: Referencia tabla 2.1.

TABLA 2.6. DIFERENCIAS DE DENSIDAD REGIONAL EN ALGUNOS PAISES DE LA CEE Y ESPAÑA.

PAIS	1975			1980		
	Densidad media	Ratio: den. max./den. mínima	Coefficiente de variación	Densidad media	Ratio: den. max./den. mínima	Coefficiente de variación
Alemania	19,2	2,9	26,4	22,6	2,8	25,8
Francia	14,7	2,2	24,5	19,5	2,2	24,9
Italia	21,5	2,5	24,0	33,0	2,2	---
España	15,4	2,3	23,7	20,0	2,0	22,9

Fuente: Annuaire de statistiques régionales. Eurostat, 1983. Anuario estadístico. INE, 1976, 1981. Elaboración propia.

TABLA 2.7. REGIONES CON LA DENSIDAD MEDICA MAS BAJA EN ALGUNOS PAISES DE LA CEE Y ESPAÑA (1980).

PAIS	REGION	Nº MEDICOS/10.000 hb.
Alemania	Niedersachsen	18,9
Bélgica	Vlaams Gewest	28,1
Dinamarca	Øst for Storebaelt, ekskl. Hove dsta dsreg.	18,3
Francia	Bassin Parisien	14,5
Italia (1)	Sud	21,8
Holanda	Zuid - Nederland	14,6
Reino Unido	Wales	13,1
España	Extremadura	17,0

(1) 1978.

Fuente: Referencia tabla 2.6.

2.4. Distribución de médicos a nivel provincial

Si en lugar de las regiones tomamos las provincias como unidad de análisis, puede observarse que en 1956 muchas de ellas no superaban los 8 médicos por 10.000 habitantes. En 1956 la densidad más baja correspondía a Albacete con 5,4 mientras que la densidad de esta provincia en 1982 era de 20,9. (Tablas 2.8 y 2.9)

En 1982 la densidad médica provincial más baja en España era de Ciudad Real con 16,3 médicos por 10.000 habitantes (4,07 médicos por cada 2.500 habitantes) que parece una cifra razonable. (Tabla 2.9)

Si dentro de cada región comparamos la provincia en que está la capital con el resto de provincias, puede observarse que para la mayoría de regiones las diferencias eran escasas en 1956, alcanzaron proporciones superiores al 2:1 en los años 1970-75 y disminuyeron progresivamente en los años siguientes hasta situarse en cifras relativamente semejantes a las de los años 50. La evolución de la ratio densidad provincia/resto de provincias entre 1970-75 y 1982 demuestra que el crecimiento de la densidad médica ha sido mayor en el resto de provincias que en la provincia en que está la capital, a excepción de la CC.AA. de Valencia. La explicación más plausible a este fenómeno es que desde 1975 se ha estado produciendo un flujo de médicos hacia las provincias con menor densidad médica (Tabla 2.10).

De la misma manera, provincias como Madrid o Barcelona, que a mediados de los años cincuenta tenían las mayores densidades médicas, han sido, desde el inicio de los ochenta, desplazadas por otras provincias (tabla 2.11).

TABLA 2.8. EVOLUCION DE LA DENSIDAD EN EL PERIODO 1956 - 1982. DISTRIBUCION POR CC.AA.

CCAA	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
Andalucía	7,6	8,8	9,6	10,9	12,9	21,8	25,4
Aragón	13,4	14,8	15,8	16,8	18,0	33,3	39,2
Asturias	8,9	9,9	11,0	11,4	12,6	23,7	28,3
Baleares	12,2	12,5	12,3	12,6	13,6	21,3	24,7
Canarias	7,1	7,5	8,5	9,3	10,7	16,3	19,5
Cantabria	11,1	11,0	12,0	12,9	16,3	25,2	28,1
Castilla-La Mancha	7,5	9,0	9,3	9,3	10,5	18,6	21,6
Castilla-León	12,2	13,3	13,5	14,1	17,7	27,6	33,6
Cataluña	14,8	14,2	14,6	15,3	16,6	24,5	27,7
Comunidad Valenciana	12,1	12,1	13,4	14,6	17,2	23,4	26,6
Extremadura	7,6	8,5	9,6	10,5	10,6	17,0	22,4
Galicia	7,6	8,3	8,4	9,1	11,5	17,5	21,9
La Rioja	13,0	12,8	12,5	12,4	16,3	25,4	31,2
Madrid	21,1	19,1	20,9	21,5	23,7	32,6	34,6
Murcia	7,4	7,9	9,3	10,1	12,2	21,3	24,6
Navarra	10,6	11,2	13,0	14,6	17,1	29,9	32,9
País Vasco	13,7	12,2	13,2	13,2	14,3	22,6	26,5

Fuente: Referencia tabla 2.1.

TABLA 2.9. EVOLUCION DE LA DENSIDAD DE MEDICA EN EL PERIODO 1956-1982. DISTRIBUCION POR PROVINCIAS

CCAA	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
Almería	7,6	7,7	7,7	8,7	8,8	14,7	19,1
Cádiz	7,3	9,0	9,1	9,6	10,6	18,7	21,5
Córdoba	7,0	7,7	9,4	8,6	8,6	20,1	26,1
Granada	8,4	9,7	11,4	13,6	16,8	28,4	34,0
Huelva	8,0	8,1	8,0	8,7	10,2	16,2	21,2
Jaén	6,9	7,9	8,9	9,0	8,8	16,5	20,5
Málaga	6,2	8,7	9,1	9,4	11,4	19,6	23,1
Sevilla	9,1	9,9	10,9	14,2	20,1	29,0	30,1
ANDALUCIA	7,6	8,8	9,6	10,2	12,9	21,8	25,4

....

.../...

CCAA	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
Huesca	9,9	10,8	12,1	11,8	9,4	23,5	28,1
Teruel	9,4	11,3	11,6	11,3	11,1	29,7	38,0
Zaragoza	16,1	17,3	18,2	19,6	21,7	36,4	42,1
ARAGON	13,4	14,8	15,8	16,8	18,0	33,3	39,2
ASTURIAS	8,9	9,9	11,0	11,4	12,6	23,7	28,3
BALEARES	12,2	12,5	12,3	12,6	13,6	21,3	24,7
Las Palmas	7,6	7,8	9,0	9,9	10,9	16,1	19,3
Sta. Cruz de Tenerife	6,6	7,2	8,2	8,8	10,6	16,4	19,7
CANARIAS	7,1	7,5	8,5	9,3	10,7	16,3	19,5
CANTABRIA	11,1	11,0	12,0	12,9	16,3	25,2	28,1

.../...

.../...

CCAA	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
Avila	11,0	12,3	13,0	13,5	14,0	27,4	33,1
Burgos	11,6	12,6	11,9	11,7	11,4	24,7	29,8
León	9,2	9,7	10,4	11,7	12,5	19,6	24,2
Palencia	12,6	14,3	14,0	13,7	14,0	23,9	36,4
Salamanca	13,7	14,0	17,8	16,8	21,5	37,3	45,4
Segovia	13,3	15,0	16,0	15,3	16,4	31,3	41,8
Soria	12,9	14,8	13,3	13,9	15,1	31,7	44,7
Valladolid	16,4	17,3	16,2	17,8	20,6	33,3	34,9
Zamora	11,4	13,2	12,0	12,7	12,3	23,2	28,9
CASTILLA - LEON	12,2	13,3	13,5	14,1	17,7	27,6	33,6
Albacete	5,4	9,9	10,7	10,0	10,0	15,9	20,9
Ciudad Real	7,0	7,5	7,8	8,1	8,8	13,7	16,3
Cuenca	8,0	8,6	9,0	7,8	10,4	19,4	16,6
Guadalajara	11,8	14,4	14,1	14,1	13,9	32,8	45,2
Toledo	7,6	8,4	8,5	9,4	12,2	20,7	22,8
CASTILLA - LA MANCHA	7,5	9,0	9,3	9,3	10,5	18,6	21,6

.../...

.../...

CCAA	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
Barcelona	16,5	15,2	15,4	16,3	18,5	25,8	29,1
Gerona	10,9	11,2	11,1	10,7	10,2	16,9	20,4
Lérida	10,1	10,7	10,8	11,4	10,5	17,0	20,8
Tarragona	12,0	12,5	14,9	13,5	10,6	23,5	25,3
CATALUÑA	14,8	14,2	14,6	15,3	16,6	24,5	27,7
Badajoz	7,0	7,8	8,5	9,3	10,6	17,6	22,5
Cáceres	8,4	9,7	11,3	12,3	10,6	16,2	22,3
EXTREMADURA	7,6	8,5	9,6	10,5	10,6	17,0	22,4
La Coruña	8,2	8,9	9,0	10,6	15,6	21,2	27,9
Lugo	6,5	7,1	7,5	7,4	7,7	16,9	21,1
Orense	6,4	7,2	7,4	7,4	7,5	13,5	16,4
Pontevedra	8,2	8,8	8,8	9,3	10,4	15,3	17,6
GALICIA	7,6	8,3	8,4	9,1	11,5	17,5	21,9
MADRID	21,1	19,1	20,9	21,5	23,7	32,6	34,6
MURCIA	7,4	7,9	9,3	10,1	12,2	21,3	24,6
NAVARRA	10,6	11,2	13,0	14,6	17,1	29,9	32,9

.../...

.../...

CCAA	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
Alava	12,0	11,9	11,7	12,8	14,3	22,5	26,3
Guipúzcoa	13,2	12,0	13,2	12,6	12,6	22,6	27,1
Vizcaya	14,4	12,5	13,4	13,7	15,4	22,6	26,2
PAIS VASCO	13,7	12,2	13,2	13,2	14,3	22,6	26,5
Alicante	10,2	7,5	10,7	11,5	12,1	18,0	20,3
Catellón	10,1	10,6	11,4	11,7	14,6	20,3	23,3
Valencia	13,5	14,8	15,2	16,8	20,6	27,1	30,9
COMUNIDAD VALENCIANA	12,1	12,1	13,4	14,6	17,2	23,4	26,6
LA RIOJA	13,0	12,8	12,5	12,4	16,3	25,4	31,2

Fuente: Referencia tabla 2.1.

TABLA 2.10. EVOLUCION DEL RATIO: DENSIDAD MEDICA EN LA PROVINCIA CAPITAL DE CADA REGION HISTORICA/DENSIDAD MEDICA EN EL RESTO DE PROVINCIAS DE LA REGION (1956 - 1982).

REGION	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
ANDALUCIA							
Densidad Provincia Capital de Región	9,1	9,9	10,9	14,2	20,1	29,0	30,1
Densidad restos provincias región	7,3	8,5	9,3	9,9	10,8	19,7	24,0
Ratio	1,25	1,16	1,17	1,43	1,86	1,47	1,25
ARAGON							
Densidad Provincia Capital de Región	16,1	17,3	18,2	19,6	21,1	36,4	42,1
Densidad resto provincias región	9,7	11,1	11,9	11,6	10,2	26,0	32,1
Ratio	1,65	1,56	1,53	1,69	2,06	1,4	1,31
CASTILLA LA NUEVA							
Densidad Provincia Capital de Región	21,1	19,1	20,9	21,5	23,7	32,6	34,6
Densidad resto provincias región	8,00	8,8	9,0	8,7	10,8	19,3	21,8
Ratio	2,63	2,17	2,32	2,47	2,19	1,69	1,59

.../...

..../....

	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
CASTILLA LA VIEJA							
Densidad de Provincia Capital de Región	16,4	17,3	16,2	17,8	20,6	33,3	34,9
Densidad resto provincias región	11,9	12,9	12,9	9,0	14,7	26,1	32,3
Ratio	1,49	1,34	1,25	1,97	1,40	1,28	1,08
CATALUÑA							
Densidad de Provincia Capital de Región	16,5	15,2	15,4	16,3	18,5	25,8	29,1
Densidad resto provincias región	11,0	11,5	12,3	11,9	10,4	19,6	22,4
Ratio	1,50	1,33	1,25	1,37	1,78	1,32	1,30
GALICIA							
Densidad de Provincia Capital de Región	8,2	8,9	9,0	10,6	15,6	21,2	27,9
Densidad resto provincias región	7,2	7,8	8,1	8,3	9,3	15,24	18,1
Ratio	1,05	1,13	1,11	1,28	1,68	1,39	1,54

..../....

.../...

	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
LEON							
Densidad Provincia Capital de Región	9,2	9,7	10,4	11,7	12,8	16,6	24,2
Densidad resto provincias región	12,5	13,7	13,6	16,1	17,8	31,8	39,0
Ratio	0,74	0,71	0,76	0,73	0,72	0,52	0,62
VALENCIA							
Densidad Provincia Capital de Región	13,5	14,8	15,2	16,8	20,6	27,1	39,9
Densidad resto provincias región	10,2	8,54	10,9	11,5	12,8	18,6	21,11
Ratio	1,32	1,73	1,39	1,46	1,61	1,45	1,89
VASCONGADAS							
Densidad Provincia Capital de Región	14,4	12,5	13,4	13,7	15,4	22,6	26,2
Densidad resto provincias región	13,0	12,0	12,9	12,7	31,1	22,57	26,7
Ratio	1,10	1,04	1,03	1,08	1,17	1,00	0,98

Fuente: Referencia Tabla 2.1. Elaboración propia.

TABLA 2.11. "RANKING" DE LAS SIETE DENSIDADES MEDICAS PROVINCIALES MAS ALTAS EN EL PERIODO 1956 - 1982

	1956	1960	1965	1970	1975	1980	1982
*Madrid	(21.1)	*Madrid (19.1)	*Madrid (20.9)	*Madrid (21.5)	*Madrid (23.7)	Salamanca (37.3)	Salamanca (45.4)
*Barcelona	(16.5)	*Zaragoza (17.1)	*Zaragoza (18.2)	*Zaragoza (19.6)	*Zaragoza (21.7)	*Zaragoza (36.4)	Guadalajara (45.2)
Valladolid	(16.4)	Valladolid (17.1)	Salamanca (17.8)	Valladolid (17.8)	Salamanca (21.5)	Valladolid (33.3)	Soria (44.7)
*Zaragoza	(16.1)	*Barcelona (15.2)	Valladolid (16.2)	*Valencia (16.8)	*Valencia (20.6)	Guadalajara (32.8)	*Zaragoza (42.1)
Vizcaya	(14.4)	Segovia (15.0)	Segovia (16.0)	Salamanca (16.8)	Valladolid (20.6)	*Madrid (32.8)	Segovia (41.8)
Salamanca	(13.7)	*Valencia (14.8)	*Barcelona (15.4)	*Barcelona (16.3)	*Sevilla (20.1)	Soria (31.7)	Teruel (38.0)
*Valencia	(13.5)	Soria (14.8)	*Valencia (15.2)	Segovia (15.3)	*Barcelona (18.5)	Segovia (31.3)	Palencia (36.4)

* Provincias con una población en la capital > 300.000 habitantes en el año 1961 y > 500.000 habitantes en el año 1982.

Fuente: Anuario estadístico. INE. (1956, 61, 66, 71, 76, 81, 83). Elaboración propia.

2.5. Diferencias a nivel intraprovincial

Obviamente, las verdaderas diferencias geográficas en el número de médicos deben buscarse en el nivel intraprovincial. En nuestro país este análisis sólo puede hacerse comparando densidades médicas en la capital de provincia con el resto de la provincia. Sin embargo, los datos publicados por el I.N.E. no se refieren a médicos con ejercicio sino a médicos residentes; este hecho produce un sesgo en los resultados, ya que a menudo médicos que ejercen en áreas rurales o semirurales residen en la capital de la provincia.

Si tomamos el "resto de provincia" como unidad de análisis, la densidad es en 1956 inferior a 8 en muchas de las provincias españolas. En Sevilla, excluida la capital, la densidad era de 2,9 médicos por 10.000 habitantes; en las Palmas 3,7; en Albacete, 3,2. En 1982, las provincias cuyo "resto de provincia" tenían densidades más bajas eran Granada con 7,9, Cuenca con 9,5 y Orense con 7,4. Las provincias restantes tenían densidades superiores a 10. (Ver tablas 2,23 a 2,29 del anexo a este capítulo).

En un estudio hecho en la provincia de Barcelona en 1980, se encontró que el 84% de médicos residía en la capital mientras que sólo un 61% ejercía en la misma (1). Tomando los residentes, la densidad del "resto de provincia" era en 1980 de 9,5 mientras que tomando los que ejercían, resultó de 15,8. Si esa misma proporción se extrapolara por ejemplo a Granada, la densidad de esa

(1) Estudi sociològic dels metges de Barcelona i província. (op. cit.).

provincia, exceptuada la capital, pasaría de 7,9 a 20,00 médicos por 10.000 habitantes y la ratio sería de 3.1 en lugar de 10.74.

Es muy importante tener en cuenta esta observación sobre las diferencias entre ejercicio y residencia ya que de lo contrario pueden establecerse conclusiones erróneas.

2.6. Distribución territorial de médicos hospitalarios

Los datos de este apartado incluyen los médicos trabajando en los hospitales tanto públicos como privados o benéficos; son datos publicados en 1983 pero correspondientes a la Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado de 1979.

Obviamente, al incluir todos los establecimientos en régimen de internado, muestran de manera más real que en el caso anterior las diferencias territoriales en España. No obstante, su análisis requiere tener presente varias consideraciones de peso.

En primer lugar el número total de médicos en cada CC.AA. no es el real ya que un mismo médico puede trabajar en varios centros a la vez.

Segundo, la actividad de un médico hospitalario es inseparable de las camas hospitalarias, por lo que una CC.AA. con menos densidad de médicos que otra puede tener, a cambio, una mayor densidad de camas o una estancia media más baja y, en definitiva, una mayor productividad.

En el grupo de Medicina Interna y Especialidades anexas, Cataluña tiene la mayor densidad con 3,11 por 10.000 habitantes y Extremadura la más baja con 0,95.

En el grupo de Cirugía General y especialidades, la densidad más alta es la de Madrid con 4,26 y la más baja la de Castilla-León con 1,59.

Para Obstetricia y Ginecología la máxima densidad es de 1,25 por 10.000 habitantes en Cataluña y la mínima de 0,65 en Extremadura.

La mayor densidad de pediatras en hospitales es la de Cataluña con 1,05 y la menor la de Castilla-León con 0,51.

En la especialidad de Psiquiatría, la mayor densidad es la de Cataluña con 0,66 y la de Castilla-León es la menor con 0,19.

Cataluña tiene la mayor densidad de médicos de guardia con 1,14 por 10.000 habitantes y Navarra la más baja con 0,20. Finalmente, en el capítulo de Servicios y Departamentos Centrales, la mayor densidad corresponde a Madrid con 3,13 y la menor a Murcia con 0,68. (Tabla 2.13)

La relación de ratios máxima densidad-mínima densidad muestra que las máximas diferencias se encuentran en Médicos de Guardia y las mínimas en Obstetricia y Ginecología. (Tabla 2.15)

TABLA 2.12. PERSONAL FACULTATIVO DE HOSPITALES SEGUN ESPECIALIDAD. DISTRIBUCION POR CC.AA. 1979

CC.AA.	M. INTERNA Y ESPEC.	C. GENERAL Y ESPEC.	OBST. Y GINE.	PEDIATRIA	PSIQUIATRIA	MED. DE GUARDIA	EN FORMACION	S. Y D. CENTR.	TOTAL
Andalucía	1.214	1.823	554	469	167	428	1.404	1.223	7.282
Aragón	300	484	134	98	41	89	257	319	1.722
Asturias	253	339	130	86	42	70	394	242	1.556
Baleares	154	230	58	43	20	65	120	111	783
Canarias	260	296	126	90	65	107	285	211	1.440
Cantabria	111	208	54	43	16	37	220	154	843
Castilla-La Mancha	260	248	110	80	30	71	223	143	1.165
Castilla-León	520	729	205	193	116	260	633	550	3.206
Cataluña	1.904	2.259	766	642	406	699	1.576	1.220	9.472
Com. Valenciana	743	1.025	436	271	103	497	479	427	3.981
Extremadura	95	165	65	59	20	40	124	82	650
Galicia	460	676	207	183	81	153	572	413	2.745
La Rioja	53	59	21	16	7	17	70	29	279
Madrid	1.384	2.049	452	396	248	327	1.742	1.507	8.105
Murcia	249	235	83	81	30	57	273	62	1.070
Navarra	103	143	39	37	30	10	328	134	824
País Vasco	488	855	198	141	78	97	303	326	2.486
TOTAL	8.551	11.823	3.638	2.928	1.500	3.024	9.003	7.153	47.620

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado 1979. INE. Madrid 1983.

TABLA 2.13. PERSONAL FACULTATIVO DE HOSPITALES SEGUN ESPECIALIDAD Y CCAA.

CC.AA	MEDICINA INTERNA		CIRUGIA GENERAL		OSBETRICIA Y GINECOLOGIA	
	Médicos	Densidad (x 10.000 hb)	Médicos	Densidad (x 10.000 hb)	Médicos	Densidad (x 10.000 hb)
Andalucía	1.214	1,97	1.823	2,96	554	0,89
Aragón	330	2,57	484	4,15	134	1,15
Asturias	253	2,23	339	2,99	130	1,14
Baleares	154	2,37	230	3,55	58	0,89
Canarias	260	1,78	296	2,02	126	0,86
Cantabria	111	2,20	208	4,13	54	1,07
Castilla - La M.	260	1,67	248	1,59	110	0,70
Castilla - León	520	2,15	729	3,02	205	0,85
Cataluña	1.904	3,11	2.259	3,70	766	1,25
Com. Valenciana	743	2,03	1.025	2,80	436	1,19
Extremadura	95	0,95	165	1,66	65	0,65
Galicia	460	1,65	676	2,43	207	0,74
La Rioja	55	2,18	59	2,43	21	0,86
Madrid	1.384	2,87	2.049	4,26	452	0,94
Murcia	249	2,73	235	2,57	83	0,91
Navarra	103	2,08	143	2,88	39	0,78
País Vasco	488	2,18	855	3,83	198	0,88

..../....

.../...

CC.AA	PEDIATRIA		MEDICOS DE GUARDIA		PSIQUIATRIA	
	Médicos	Densidad (x 10.000 hb)	Médicos	Densidad (x 10.000 hb)	Médicos	Densidad (x 10.000 hb)
Andalucía	469	0,76	428	0,69	167	0,27
Aragón	98	0,84	89	0,76	41	0,35
Asturias	86	0,76	70	0,61	42	0,37
Baleares	43	0,66	65	1,00	20	0,30
Canarias	90	0,61	107	0,73	65	0,44
Cantabria	43	0,85	37	0,73	16	0,31
Castilla - La M.	80	0,51	71	0,45	30	0,19
Castilla - León	193	0,80	260	1,07	166	0,48
Cataluña	642	1,05	699	1,14	406	0,66
Com. Valenciana	271	0,74	497	1,36	103	0,28
Extremadura	59	0,59	40	0,40	20	0,20
Galicia	183	0,65	153	0,55	81	0,29
La Rioja	16	0,66	17	0,70	7	0,28
Madrid	396	0,82	327	0,68	248	0,51
Murcia	81	0,88	57	0,62	30	0,32
Navarra	37	0,74	10	0,20	30	0,60
País Vasco	141	0,63	97	0,43	78	0,34

.../...

.../...

CC.AA	MÉDICOS EN FORMACION		SERVICIOS Y DEPARTAMENTOS CENTRALES	
	Médicos	Densidad (x 10.000 hb)	Médicos	Densidad (x 10.000 hb)
Andalucía	1.404	2,27	1.223	1,98
Aragón	257	2,20	319	2,74
Asturias	394	3,48	242	2,14
Baleares	120	1,85	111	1,71
Canarias	285	1,95	211	1,44
Cantabria	220	4,37	154	3,05
Castilla - La M.	223	1,43	143	0,91
Castilla - León	633	2,62	550	2,28
Cataluña	1.576	2,58	1.220	1,99
Com. Valenciana	479	1,31	427	1,16
Extremadura	124	1,24	82	0,82
Galicia	572	2,06	413	1,48
La Rioja	70	2,88	29	1,19
Madrid	1.742	3,62	1.507	3,13
Murcia	273	2,99	62	0,68
Navarra	328	6,62	134	2,70
País Vasco	303	1,35	326	1,46

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. INE. Madrid 1983.

TABLA 2.14. PROPORCION DE MEDICOS HOSPITALARIOS EN CADA ESPECIALIDAD. DISTRIBUCION POR CC.AA (EN %).

CC.AA.	M. INTERNA Y ESPEC.	C. GENERAL Y ESPEC.	OBST. Y GINE.	PEDIATRIA	PSIQUIATRIA	MED. DE GUARDIA	EN FORMACION	S. Y D. CENTR.	TOTAL (1)
Andalucía	17	25	8	6	2	6	19	17	15
Aragón	17	28	8	6	2	5	15	19	4
Asturias	16	22	8	6	3	5	25	16	3
Baleares	20	29	7	6	3	8	15	14	2
Canarias	18	21	9	6	5	7	20	15	3
Cantabria	13	25	6	5	2	4	26	18	2
Castilla-La Mancha	22	21	9	7	3	6	19	12	3
Castilla-León	16	23	6	6	4	8	20	17	7
Cataluña	20	24	8	7	4	7	16	13	20
Com. Valenciana	19	26	11	7	3	13	12	11	8
Extremadura	15	25	10	9	3	6	19	13	1
Galicia	17	25	8	7	3	6	21	15	6
La Rioja	19	21	8	6	3	6	25	10	0.6
Madrid	17	25	6	5	3	4	22	18	17
Murcia	23	22	8	8	3	5	26	6	2
Navarra	13	17	5	6	4	1	40	16	2
País Vasco	20	34	8	6	3	4	12	13	5
TOTAL	18	25	8	6	3	6	18	15	100

(1) Este total se refiere a la proporción de médicos hospitalarios de cada Comunidad Autónoma respecto al total de España.

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado 1979, INE, Madrid 1983.

TABLA 2.15. RATIO POR ESPECIALIDAD: CC.AA. CON DENSIDAD MAXIMA/CC.AA. CON DENSIDAD MINIMA DE ESPECIALISTAS HOSPITALARIOS TOTALES (1979).

	CC.AA. CON DENSIDAD MAXIMA	CC.AA. CON DENSIDAD MINIMA	RATIO
Medicina Interna y especialidades	Cataluña (3,11)	Extremadura (0,95)	3,27
Cirugía General y especialidades	Madrid (4,26)	Castilla - La Mancha (1,59)	2,67
Obstetricia y Ginecología	Cataluña (1,25)	Extremadura (0,65)	1,92
Pediatría	Cataluña (1,05)	Castilla - La Mancha (0,51)	2,05
Psiquiatría	Cataluña (0,66)	Castilla - La Mancha (1,19)	3,47
Médicos de Guardia	Valencia (1,36)	Navarra (0,20)	6,80
Médicos en Formación	Navarra (6,62)	Extremadura (1,24)	5,33
Servicios y Departamentos centrales	Madrid (3,13)	Extremadura (0,82)	3,81

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. (1979) Madrid 1983.
Elaboración propia.

2.7. Conclusiones

1. Existencia de una marcada variabilidad en la disponibilidad de médicos a todos los niveles del análisis.

<u>Nivel de análisis</u>	<u>Ratio máx./mín.</u>
Diferencias entre CC.AA (nivel regional)	2:1
Diferencias entre provincias	2,8:1
Diferencias intra-regionales (entre provincia-capital y resto de provincias)	3:1

2. Por lo que a los niveles inter-regionales e interprovinciales se refiere, las diferencias no suponen inequidad ya que la mínima densidad regional es de 4,87 médicos por cada 2.500 habitantes, es decir, 513 habitantes/médico, mientras que la mínima provincial es de 4,07 médicos por cada 2.500 habitantes, es decir, 614 habitantes/médico.
3. La pésima calidad de la información disponible, así como las lagunas existentes no permiten analizar con certeza las diferencias y los posibles déficits a niveles más locales. Aún así, la evolución histórica de las densidades intra-regionales demuestra un mayor crecimiento de las densidades en las provincias no-capital que en las provincias con capitalidad.
4. La anterior observación sugiere que en España se ha estado produciendo una redistribución de médicos en

el nivel provincial en el sentido de una mayor igualdad entre provincias. Factores explicativos de este fenómeno pueden haber sido tanto la plétora médica como la distribución de recursos del sector público (hospitales, ambulatorios...).

2.8. Anexo: tablas estadísticas

TABLA 2.16. DISTRIBUCION DE LA DENSIDAD MEDICA POR REGIONES HISTORICAS. (1956)

REGION	TOTAL REGION		PROVINCIA DE LA CAPITAL		RESTO DE PROVINCIAS				
	Población	Médicos	Densidad	Población	Médicos	Densidad	Población	Médicos	Densidad
Andalucía (Sevilla)	5.838.197	4.458	7,6	1.182.416	1.075	9,1	4.655.781	3.383	7,3
Aragón (Zaragoza)	1.113.932	1.489	13,4	636.943	1.028	16,1	476.989	461	9,7
Castilla La Nueva (Madrid)	3.831.175	5.876	15,3	2.148.303	4.531	21,1	1.682.872	1.345	8,0
Castilla La Vieja (Valladolid)	2.283.571	2.881	12,6	356.447	585	16,4	1.927.124	2.296	11,9
Cataluña (Barcelona)	3.453.317	5.124	14,8	2.416.703	3.981	16,5	1.036.614	1.143	11,0
Galicia (La Coruña)	2.666.995	2.014	7,6	998.267	816	8,2	1.668.728	1.198	7,2
León (León)	1.325.398	1.467	11,1	575.375	530	9,2	750.023	937	12,5
Valencia (Valencia)	2.382.290	2.893	12,1	1.400.912	1.895	13,5	981.378	998	10,2
Vascongadas (Vizcaya)	1.124.370	1.544	13,7	603.881	870	14,4	520.489	674	13,0

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1956.

TABLA 2.17. DISTRIBUCION DE LA DENSIDAD MEDICA POR REGIONES HISTORICAS. (1960)

REGION	TOTAL REGION			PROVINCIA DE LA CAPITAL			RESTO DE PROVINCIAS		
	Población	Médicos	Densidad	Población	Médicos	Densidad	Población	Médicos	Densidad
Andalucía (Sevilla)	5.893.396	5.179	8,8	1.234.435	1.228	9,9	4.658.961	3.951	8,5
Aragón (Zaragoza)	1.105.498	1.632	14,8	656.772	1.136	17,3	448.726	496	11,1
Castilla La Nueva (Madrid)	4.210.817	6.390	15,2	2.602.962	4.980	19,1	1.607.855	1.410	8,8
Castilla La Vieja (Valladolid)	2.218.884	3.017	13,6	363.106	628	17,3	1.855.778	2.389	12,9
Cataluña (Barcelona)	3.925.779	5.570	14,2	2.877.966	4.369	15,2	1.047.813	1.201	11,46
Galicia (La Coruña)	2.602.962	2.149	8,3	991.729	885	8,9	1.611.233	1.264	7,84
León (León)	1.291.452	1.534	11,9	584.594	568	9,7	706.858	966	13,67
Valencia (Valencia)	2.480.429	3.006	12,1	1.429.708	2.109	14,8	1.050.721	897	8,54
Vascongadas (Vizcaya)	1.371.654	1.681	12,2	754.383	940	12,5	617.271	741	12,0

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1961. Elaboración propia.

TABLA 2.18. DISTRIBUCION DE LA DENSIDAD MEDICA POR REGIONES HISTORICAS (1965).

REGION	TOTAL REGION		PROVINCIA DE LA CAPITAL		RESTO DE PROVINCIAS				
	Población	Médicos	Densidad	Población	Médicos	Densidad	Población	Médicos	Densidad
Andalucía (Sevilla)	5.961.924	5.762	9,6	1.285.679	1.404	10,9	4.676.245	4.358	9,3
Aragón (Zaragoza)	1.119.847	1.769	15,8	691.449	1.260	18,2	428.398	509	11,9
Castilla La Nueva (Madrid)	4.536.430	7.673	16,9	3.012.915	6.291	20,9	1.523.515	1.372	9,0
Castilla La Vieja (Valladolid)	2.217.653	2.991	13,5	387.483	629	16,2	1.830.170	2.362	12,9
Cataluña (Barcelona)	4.394.283	6.415	14,6	3.282.428	5.047	15,4	1.111.855	1.368	12,3
Galicia (La Coruña)	2.705.325	2.270	8,4	1.033.996	924	9,0	1.671.329	1.346	8,1
León	1.263.540	1.530	12,1	578.514	602	10,4	685.026	928	13,6
Valencia	2.745.672	3.680	13,4	1.579.625	2.405	15,2	1.166.047	1.275	10,9
Vascongadas (Vizcaya)	1.568.328	2.064	13,2	870.537	1.167	13,4	697.791	897	12,9

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1966. Elaboración propia.

TABLA 2.19. DISTRIBUCION DE LA DENSIDAD MEDICA POR REGIONES HISTORICAS (1970).

REGION	TOTAL REGION		PROVINCIA DE LA CAPITAL		RESTO DE PROVINCIAS				
	Población	Médicos	Densidad	Población	Médicos	Densidad	Población	Médicos	Densidad
Andalucía (Sevilla)	5.953.755	6.469	10,9	1.333.234	1.897	14,2	4.620.521	4.572	9,9
Aragón (Zaragoza)	1.150.736	1.933	16,8	751.906	1.472	19,6	398.830	461	11,6
Castilla La Nueva (Madrid)	5.164.026	9.224	17,9	3.689.794	7.942	21,5	1.474.732	1.282	6,7
Castilla La Vieja (Valladolid)	2.153.785	3.031	14,1	411.032	730	17,8	2.564.817	2.301	9,0
Cataluña (Barcelona)	5.042.609	7.711	15,3	3.856.500	6.300	16,3	1.186.109	14.11	11,9
Galicia (La Coruña)	2.681.357	2.452	9,1	1.032.034	1.085	10,6	1.649.323	1.367	8,3
León (León)	1.172.262	1.634	13,9	564.724	658	11,7	607.538	976	16,1
Valencia (Valencia)	3.048.644	4.434	14,6	1.753.068	2.940	16,8	1.295.576	1.494	11,5
Vascongadas (Vizcaya)	1.839.646	2.433	13,2	1.025.613	1.403	13,7	814.033	1.030	12,7

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1971. Elaboración propia.

TABLA 2.20. DISTRIBUCION DE LA DENSIDAD MEDICA POR REGIONES HISTORICAS (1975).

1975	TOTAL REGION		PROVINCIA DE LA CAPITAL		RESTO DE PROVINCIAS				
	Población	Médicos	Densidad	Población	Médicos	Densidad	Población	Médicos	Densidad
Andalucía (Sevilla)	6.069.461	7.816	12,9	1.363.236	2.744	20,1	4.706.225	5.072	10,8
Aragón (Zaragoza)	1.153.890	2.079	18,0	783.910	1.703	21,1	369.980	376	10,2
Castilla La Nueva (Madrid)	5.541.912	11.506	20,8	4.226.216	10.028	23,7	1.315.696	1.424	10,8
Castilla La Vieja (Valladolid)	2.152.013	3.425	15,9	442.943	911	20,6	1.709.070	2.514	14,7
Cataluña (Barcelona)	5.557.255	9.253	16,6	4.305.064	7.947	18,5	1.252.191	1.306	10,4
Galicia (La Coruña)	2.719.785	3.138	11,5	1.048.352	1.635	15,6	1.671.433	1.553	9,3
León (León)	1.124.413	1.722	15,3	533.564	668	12,8	590.849	1.054	17,8
Valencia (Valencia)	3.336.791	5.749	17,2	1.902.654	3.908	20,6	1.434.137	1.841	12,8
Vascongadas (Vizcaya)	2.034.029	2.918	14,3	1.133.781	1.743	15,4	900.248	1.175	13,1

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1976. Elaboración propia.

TABLA 2.23. DENSIDAD DE MÉDICOS (x 10.000 HAB.) EN LA CAPITAL DE PROVINCIA Y RESTO DE PROVINCIA (SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA) 1955.

PROVINCIAS	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MÉDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MÉDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MÉDICOS	DENSIDAD
Almería	256.125	271	7,6	74.874	105	14,0	221.251	161	5,7
Cádiz	762.296	559	7,3	107.856	191	17,7	654.440	368	5,6
Córdoba	792.565	553	7,0	178.993	207	11,6	614.572	346	5,6
Granada	809.023	683	8,4	153.817	358	23,3	655.206	325	5,0
Huelva	368.828	294	8,0	68.006	108	15,9	300.822	186	6,0
Jaén	772.597	533	6,9	65.823	117	17,8	706.774	416	5,8
Málaga	793.327	490	6,2	299.745	287	9,6	493.582	203	4,1
Sevilla	1.182.416	1.075	9,1	417.622	855	20,5	764.794	220	2,9
ANDALUCÍA	5.838.197	4.458	7,6	1.366.636	2.228	16,3	4.471.561	2.230	5,0
ASTURIAS	917.817	814	8,9	121.630	205	16,9	796.187	609	7,6
Huesca	338.793	236	6,9	23.625	44	18,6	215.168	192	8,9
Teruel	338.196	225	6,6	20.328	42	20,7	217.868	183	8,4
Zaragoza	628.943	1.028	16,3	279.525	727	26,0	349.418	301	8,6
ARAGÓN	1.113.932	1.469	13,1	323.469	813	25,1	790.463	656	8,3
BALÉARES	430.335	526	12,2	150.958	292	19,3	279.377	234	8,4
Las Palmas	409.196	312	7,6	175.663	226	12,9	233.533	86	3,7
Sta.Cruz de Tenerife	454.121	300	6,6	125.918	157	12,5	328.203	143	4,4
CANARIAS	863.317	612	7,1	301.581	383	12,7	561.736	229	4,1
CANTABRIA	411.222	456	11,1	102.836	210	20,4	308.386	246	8,0
Ávila	260.508	287	11,0	23.961	54	22,5	236.547	233	9,8
Burgos	407.588	474	11,6	82.836	119	14,4	324.752	355	10,9
León	575.375	530	9,2	69.678	169	24,3	505.697	361	7,1
Palencia	242.698	305	12,6	46.564	104	22,3	196.134	201	10,2
Salamanca	424.283	582	13,7	85.247	237	27,8	339.036	345	10,2
Segovia	208.497	277	13,3	32.445	70	21,6	176.052	207	11,8
Soria	161.930	209	12,9	19.441	45	23,1	145.489	164	11,3
Valladolid	356.447	585	16,4	128.960	127	25,4	227.487	258	11,3
Zamora	325.740	370	11,4	42.033	94	22,4	283.707	276	9,7
CASTILLA - LEÓN	2.983.066	3.619	12,1	531.165	1.219	22,9	2.451.901	2.400	9,8
Albacete	410.123	220	5,4	76.380	113	14,8	333.743	107	3,2
Ciudad Real	588.296	414	7,0	34.988	62	17,7	553.308	352	6,4
Cuenca	337.039	270	8,0	24.913	49	19,7	312.126	221	7,1
Guadalajara	201.946	239	11,8	17.082	46	26,9	184.864	193	10,4
Toledo	555.551	422	7,6	43.736	57	13,0	511.815	365	7,1
CASTILLA - LA MANCHA	2.092.955	1.565	7,5	197.099	327	16,6	1.895.856	1.238	6,5

PROVINCIAS	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Barcelona	2.416.703	3.961	16,5	1.404.840	3.036	21,6	1.011.863	945	9,3
Gerona	330.082	359	10,9	28.530	101	35,4	301.552	258	8,5
Lérida	339.706	342	10,1	60.393	107	17,7	279.313	235	8,4
Tarragona	366.826	442	12,0	40.717	84	20,6	326.109	358	11,0
CATALUÑA	1.453.317	5.124	14,8	1.534.480	3.328	21,7	1.918.837	1.796	9,4
Alicante	649.132	662	10,2	108.587	225	20,7	540.545	437	8,1
Castellón	332.246	336	10,1	57.254	104	18,2	274.992	232	8,4
Valencia	1.400.912	1.895	13,5	544.306	1.211	22,2	856.606	684	8,0
COMUNIDAD VALENCIANA	2.382.290	2.893	12,1	710.147	1.540	21,7	1.672.143	1.352	8,1
Badajoz	859.094	603	7,0	96.128	124	12,9	762.966	479	6,3
Cáceres	570.982	480	8,4	49.135	76	15,5	521.847	404	7,7
EXTREMADURA	1.430.076	1.083	7,6	145.263	200	13,8	1.284.813	883	6,9
Coruña	998.267	816	8,2	153.586	260	16,9	844.681	556	6,6
Lugo	506.826	329	6,5	60.908	102	16,7	445.918	227	5,1
Orense	473.290	305	6,4	68.790	121	17,6	404.500	184	4,5
Pontevedra	688.612	564	8,2	44.939	80	17,8	643.673	484	7,5
GALICIA	2.666.995	2.014	7,6	328.223	563	17,2	2.338.772	1.451	6,2
LA RIOJA	234.681	305	13,0	55.465	122	22,0	179.216	183	10,2
MADRID	2.148.302	4.531	21,1	1.811.417	4.059	22,4	336.886	472	14,0
MURCIA	777.888	572	7,4	233.239	220	9,4	544.649	352	6,5
NAVARRA	390.457	413	10,6	79.410	163	20,6	311.047	250	8,0
Alava	120.936	145	12,0	53.607	91	17,0	67.329	54	8,0
Guipúzcoa	399.553	529	13,2	119.551	286	23,9	280.002	243	8,7
Vizcaya	603.881	870	14,4	250.599	499	19,9	353.282	371	10,5
PAIS VASCO	1.124.370	1.544	13,7	423.757	876	20,7	700.613	668	9,5
TOTAL ESPAÑA	29.202.785	32.018	11,0	8.398.424	16.753	19,9	20.804.361	15.265	7,3

Fuente: Anuario estadístico, INE, 1956.

TABLA 2.24. DENSIDAD DE MEDICOS (x 10.000 HABITANTES) EN LA CAPITAL DE PROVINCIA Y RESTO DE PROVINCIA (SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA) 1960.

PROVINCIAS	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Almería	360.777	278	7,7	86.808	120	13,8	273.969	158	5,6
Cádiz	818.847	737	9,0	117.871	336	28,5	700.976	401	5,7
Córdoba	798.437	616	7,7	198.148	256	12,9	600.289	360	6,0
Granada	769.408	745	9,7	157.178	395	25,1	612.230	350	5,7
Huelva	399.934	323	8,1	74.384	121	16,3	325.550	202	6,2
Jaén	736.391	561	7,6	64.917	145	22,3	671.474	416	6,1
Málaga	775.167	671	8,7	301.048	439	14,6	474.119	232	4,9
Sevilla	1.234.435	1.228	9,9	442.300	845	19,1	792.135	383	4,8
ANDALUCIA	5.893.396	5.179	8,8	1.442.654	2.657	18,4	4.450.742	2.522	5,7
ASTURIAS	989.344	979	9,9	127.058	301	23,7	862.286	678	7,9
Huesca	233.543	252	10,6	24.377	49	20,1	209.166	203	9,7
Teruel	215.183	244	11,3	19.726	46	23,3	195.457	198	10,1
Zaragoza	656.772	1.136	17,3	326.316	816	25,0	330.456	320	9,7
ARAGON	1.105.498	1.632	14,6	370.419	911	24,6	735.079	721	9,8
BALEARES	443.327	552	12,5	159.084	315	19,8	284.243	237	8,3
Las Palmas	453.793	356	7,8	193.862	253	13,1	259.931	103	4,0
Sta. Cruz de Tenerife	490.655	354	7,2	133.100	188	14,1	357.555	166	4,6
CANARIAS	944.448	710	7,5	326.962	441	13,5	617.486	269	4,4
CANTABRIA	432.132	477	11,0	118.435	217	18,3	313.687	260	8,3
Ávila	238.372	294	12,3	26.807	66	24,6	211.565	228	10,8
Burgos	380.791	480	12,6	82.177	150	18,3	298.614	330	11,1
León	584.594	568	9,7	73.483	180	24,5	511.111	388	7,6
Palencia	231.977	332	14,3	48.216	120	24,9	183.761	212	11,5
Salamanca	405.729	569	14,0	90.498	245	27,1	315.231	324	10,3
Segovia	195.602	294	15,0	33.360	74	22,2	162.242	220	13,6
Soria	147.052	218	14,8	19.301	45	23,3	127.751	173	13,5
Valladolid	363.106	628	17,3	151.807	368	24,2	211.299	260	12,3
Zamora	301.129	397	13,2	42.060	202	48,0	259.069	195	11,4
CASTILLA - LEON	2.848.352	3.780	13,3	567.709	1.450	25,5	2.280.643	2.330	10,2
Albacete	370.976	368	9,9	74.417	130	17,5	296.559	238	8,0
Ciudad Real	523.948	439	7,5	37.081	64	17,3	486.867	375	7,7
Cuenca	115.433	270	8,6	27.007	50	18,5	88.426	220	2,5
Guadalajara	183.545	264	14,4	21.230	56	26,4	162.315	208	12,8
Toledo	521.637	437	8,4	40.651	70	17,2	480.986	367	13,2
CASTILLA - LA MANCHA	1.975.339	1.778	9,0	200.386	370	18,46	1.774.953	1.408	8,5

PROVINCIAS	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Barcelona	1.877.966	4.369	15,2	1.557.863	3.374	21,7	1.320.103	995	7,5
Gerona	351.369	395	11,2	32.784	108	32,9	318.585	267	9,0
Lárida	333.765	353	10,7	63.850	112	17,5	269.915	241	8,9
Tarragona	362.679	453	12,5	43.519	80	18,4	319.160	373	11,7
CATALUÑA	3.925.779	5.570	14,2	1.698.016	3.674	21,6	2.227.763	1.896	8,5
Alicante	712.942	538	7,5	121.527	243	20,0	590.415	295	5,0
Castellón	339.229	359	10,6	62.493	122	19,5	276.736	237	8,6
Valencia	1.429.708	2.109	14,6	505.066	1.350	26,7	924.642	759	8,2
COMUNIDAD VALENCIANA	2.480.429	3.006	12,1	689.086	1.715	24,9	1.791.343	1.291	7,2
Badajoz	834.370	647	7,8	96.317	139	14,4	738.053	508	6,9
Cáceres	544.407	530	9,7	48.005	97	20,2	496.402	433	8,7
EXTREMADURA	1.378.777	1.177	8,5	144.322	236	16,4	1.234.455	941	7,6
La Coruña	991.729	885	8,9	177.502	289	16,3	814.227	596	7,3
Lugo	479.530	340	7,1	58.264	110	18,9	421.266	230	5,5
Orense	451.474	324	7,2	64.153	129	20,1	387.321	195	5,0
Pontevedra	680.229	600	8,8	50.483	84	16,6	629.746	516	8,2
GALICIA	2.602.962	2.149	8,1	350.402	612	17,5	2.252.560	1.537	6,6
LA RIOJA	229.852	294	12,8	61.292	123	20,1	168.560	171	10,1
MADRID	2.606.254	4.980	19,1	2.259.931	4.760	21,1	346.323	220	6,4
MURCIA	800.463	635	7,9	249.738	242	9,7	550.725	393	7,1
NAVARRA	402.042	449	11,2	97.880	210	21,4	304.062	239	7,9
Alava	138.934	166	11,9	73.701	100	13,6	65.233	66	10,1
Guipúzcoa	478.337	575	12,0	135.149	302	22,3	343.688	273	7,9
Vizcaya	754.383	940	12,5	297.942	550	18,4	456.441	390	9,5
PAIS VASCO	1.371.654	1.681	12,2	506.792	952	18,8	864.862	729	8,4

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1961.

TABLA 2.25. DENSIDAD DE MEDICOS (x 10.000 HAB.) EN LA CAPITAL DE PROVINCIA Y RESTO DE PROVINCIA (SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA) 1965.

PROVINCIAS	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Almería	373.318	289	7,7	98.003	151	15,4	275.315	138	5,0
Cádiz	842.176	769	9,1	123.097	306	24,7	719.079	463	6,4
Córdoba	770.607	725	9,4	207.458	331	16,0	563.149	394	7,0
Granada	761.376	874	11,4	168.074	528	31,4	593.302	346	5,8
Huelva	404.240	325	8,0	83.699	141	16,9	320.541	184	5,7
Jaén	710.818	635	8,9	69.896	156	22,3	640.922	479	7,5
Málaga	813.710	741	9,1	323.490	500	15,5	490.220	241	4,9
Sevilla	1.285.679	1.404	10,9	485.074	984	20,3	800.605	420	5,2
ANDALUCIA	5.961.924	5.762	9,6	1.558.791	3.097	19,9	4.403.133	2.665	6,0
ASTURIAS	1.020.659	1.122	11,0	136.096	346	25,4	884.563	776	8,8
Huesca	228.545	277	12,1	26.240	65	24,8	202.305	212	10,5
Teruel	199.853	232	11,6	20.073	45	22,4	179.780	187	10,4
Zaragoza	691.449	1.260	18,2	368.987	749	20,3	322.462	511	15,8
ARAGON	1.119.847	1.769	15,8	415.300	859	20,7	704.547	910	12,9
BALEARES	480.935	593	12,3	181.591	346	19,1	229.344	247	8,3
Las Palmas	498.041	447	9,0	221.044	321	14,5	276.997	126	4,6
Sta. Cruz de Tenerife	537.304	438	8,2	135.513	244	18,0	401.791	194	4,8
CANARIAS	1.035.345	885	8,5	356.557	565	15,9	678.788	320	4,7
CANTABRIA	448.639	538	12,0	128.587	259	20,1	320.052	279	8,7
Avila	233.457	304	13,0	27.665	69	24,9	205.792	235	11,4
Burgos	375.964	447	11,9	95.182	168	17,7	280.782	279	9,9
León	578.514	602	10,4	85.356	207	24,3	493.158	395	8,0
Palencia	220.665	309	14,0	51.639	114	22,1	169.026	195	11,5
Salamanca	339.625	602	17,8	101.434	282	27,8	238.191	320	13,4
Segovia	182.957	291	16,0	35.699	91	25,5	147.256	200	13,6
Soria	135.636	180	13,3	21.546	48	22,3	114.090	132	11,6
Valladolid	387.483	629	16,2	183.556	403	22,0	203.927	226	11,1
Zamora	285.401	343	12,0	44.837	106	23,6	240.564	237	9,9
CASTILLA - LEON	2.739.702	3.707	13,5	646.914	1.488	23,0	2.092.788	2.219	10,6
Albacete	359.457	385	10,7	81.045	154	19,0	278.412	231	8,3
Ciudad Real	553.907	434	7,8	38.746	75	19,4	515.161	359	7,0
Cuenca	291.548	264	9,0	29.190	62	21,2	262.358	202	7,7
Guadalajara	170.617	241	14,1	25.496	44	17,3	145.121	197	13,6
Toledo	507.443	433	8,5	42.141	89	21,1	465.302	344	7,4
CASTILLA - LA MANCHA	1.882.972	1.757	9,3	216.618	424	19,6	1.666.354	1.333	6,0

PROVINCIAS	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Barcelona	3.282.428	5.047	15,4	1.617.267	3.837	23,7	1.665.161	1.210	7,3
Girona	377.982	418	11,1	38.409	137	35,7	339.573	281	8,3
Lleida	340.340	365	10,8	72.677	138	19,0	267.663	227	8,5
Tarragona	393.533	585	14,9	55.313	101	18,3	338.220	484	14,3
CATALUÑA	4.394.283	6.415	14,6	1.783.666	4.213	23,6	2.610.617	2.200	8,4
Alicante	804.109	863	10,7	145.543	297	20,4	658.566	566	8,6
Castellón	361.936	412	11,4	73.836	141	19,1	288.102	271	9,3
Valencia	1.579.625	2.405	15,2	562.033	1.566	27,8	1.017.592	839	8,2
COMUNIDAD VALENCIANA	2.745.672	3.680	13,4	781.412	2.004	25,6	1.964.250	1.676	8,5
Badajoz	779.957	665	8,5	97.430	152	15,0	682.527	513	7,5
Cáceres	515.035	583	11,3	49.883	110	22,1	465.152	473	10,2
EXTREMADURA	1.294.992	1.248	9,6	147.313	262	17,8	1.147.679	986	8,6
La Coruña	1.033.996	924	9,0	180.301	288	16,0	853.695	636	7,4
Lugo	459.919	344	7,5	60.234	136	22,6	399.685	208	5,2
Orense	466.770	345	7,4	66.901	159	23,8	399.869	186	4,7
Pontevedra	744.640	657	8,8	51.374	113	22,0	693.266	544	7,8
GALICIA	2.705.325	2.270	8,4	358.810	696	19,4	2.346.515	1.574	6,7
LA RIOJA	232.852	291	12,5	68.850	143	20,8	164.002	148	9,0
MADRID	3.012.915	6.291	20,9	2.555.850	6.011	23,5	457.065	280	6,1
MURCIA	816.445	757	9,3	246.601	297	12,0	569.844	460	8,1
NAVARRA	432.958	560	13,0	113.681	304	26,7	319.277	256	8,0
Alava	160.304	188	11,7	92.245	130	14,1	68.059	58	8,5
Guipúzcoa	537.467	709	13,2	143.998	384	26,7	393.469	325	8,3
Vizcaya	870.537	1.167	13,4	339.467	725	21,4	531.070	442	8,3
PAIS VASCO	1.568.328	2.064	13,2	575.710	1.239	21,5	992.618	825	8,3

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1966.

TABLA 2.26. DENSIDAD DE MEDICOS (x 10.000 HAB.) EN LA CAPITAL Y RESTO DE PROVINCIA (SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA) 1970.

PROVINCIAS	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Almería	377.608	330	8,7	112.795	197	17,5	164.813	133	5,0
Cádiz	376.071	836	9,6	133.377	333	25,0	742.694	503	6,8
Córdoba	735.513	630	8,6	230.134	328	14,3	401.379	302	6,0
Granada	744.146	1.024	13,8	184.575	690	37,4	559.571	334	6,0
Huelva	403.869	350	8,7	95.192	167	17,5	307.757	183	5,9
Jáen	672.620	603	9,0	76.667	154	20,1	595.953	449	7,5
Málaga	850.694	797	9,4	357.936	435	12,2	492.758	362	7,3
Sevilla	1.333.234	1.897	14,2	540.282	1.480	27,4	792.952	417	5,3
ANDALUCIA	5.953.755	6.469	10,9	1.731.678	3.784	21,9	4.222.077	2.685	6,4
ASTURIAS	1.050.166	1.202	11,4	150.999	610	40,4	899.167	592	6,6
Huesca	222.584	262	11,8	31.051	71	22,9	191.533	191	10,0
Teruel	176.246	199	11,3	20.628	48	23,3	155.618	151	9,7
Zaragoza	751.906	1.472	19,6	459.550	1.179	25,7	292.356	293	10,0
ARAGON	1.150.736	1.933	16,8	511.229	1.298	25,4	639.507	635	9,9
BALEARES	528.503	668	12,6	214.142	415	19,4	314.361	253	8,0
Las Palmas	544.670	540	9,9	259.433	384	14,8	285.237	156	5,5
Sta. Cruz de Tenerife	573.336	503	8,8	141.778	295	20,8	431.558	208	4,8
CANARIAS	1.118.006	1.043	9,3	401.211	679	16,9	716.795	364	5,1
CANTABRIA	467.631	605	12,9	146.987	340	23,1	320.644	265	8,3
Avila	213.665	288	13,5	29.874	78	26,1	183.791	210	11,4
Burgos	362.850	423	11,7	114.728	180	15,7	248.122	243	9,6
León	564.724	658	11,7	103.334	290	28,1	461.390	368	8,0
Palencia	203.397	279	13,7	56.367	128	22,7	147.030	126	8,6
Salamanca	382.233	644	16,8	120.274	347	28,9	261.959	297	11,3
Segovia	164.056	251	15,3	40.351	90	22,3	123.705	161	13,0
Soria	119.122	165	13,9	24.193	56	23,1	94.929	109	11,5
Valladolid	411.032	730	17,8	229.037	531	23,2	181.995	199	11,0
Zamora	261.113	332	12,7	48.364	119	24,6	212.749	213	10,0
CASTILLA - LEON	2.682.192	3.770	14,1	766.522	1.819	23,7	1.915.670	1.951	10,2
Albacete	342.713	344	10,0	91.968	169	18,4	250.745	175	7,0
Ciudad Real	516.924	417	8,1	40.852	96	23,5	476.072	321	6,7
Cuenca	255.257	199	7,8	33.172	77	23,2	222.085	122	5,5
Guadalajara	151.732	214	14,1	31.049	55	17,7	120.683	159	13,2
Toledo	480.822	452	9,4	44.033	105	23,8	436.789	347	7,9
CASTILLA - LA MANCHA	1.747.446	1.626	9,3	241.074	502	20,8	1.506.374	1.124	7,5

.../...

PROVINCIAS	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Barcelona	2.856.500	6.200	16,3	1.731.537	4.811	27,8	2.124.963	1.489	7,0
Gerona	409.501	438	10,7	46.847	153	32,7	362.655	285	7,8
Lérida	346.814	394	11,4	87.348	179	20,5	259.466	215	8,3
Tarragona	429.793	579	13,5	75.017	167	22,3	354.776	412	11,5
CATALUÑA	5.042.609	7.711	15,3	1.940.749	5.310	27,4	3.101.860	2.401	7,7
Alicante	911.505	1.044	11,5	178.070	404	22,7	733.435	640	8,7
Castellón	384.071	450	11,7	90.937	200	22,0	293.134	250	8,5
Valencia	1.753.068	2.940	16,8	640.148	2.035	31,8	1.112.920	905	8,1
COMUNIDAD VALENCIANA	3.048.644	4.434	14,6	909.155	2.639	29,0	2.139.489	1.795	8,4
Badajoz	709.169	660	9,3	100.338	161	16,0	608.831	499	8,2
Cáceres	472.260	580	12,3	54.862	136	23,7	417.398	444	10,6
EXTREMADURA	1.181.429	1.240	10,5	155.200	297	19,1	1.026.229	943	9,2
La Coruña	1.032.034	1.085	10,6	188.754	398	21,1	843.280	687	8,1
Lugo	426.700	317	7,4	63.337	136	21,5	363.363	181	5,0
Orense	443.946	327	7,4	72.608	148	20,4	371.340	179	4,8
Pontevedra	778.675	723	9,3	52.492	127	24,2	726.183	596	8,2
GALICIA	2.681.357	2.452	9,1	377.191	809	21,4	2.304.166	1.643	7,1
LA RIOJA	234.692	290	12,4	81.501	161	19,8	153.191	129	8,4
MADRID	3.698.794	7.942	21,5	3.067.050	7.640	24,9	622.744	302	4,8
MURCIA	831.418	840	10,1	244.131	412	16,9	587.287	428	7,3
NAVARRA	463.876	677	14,6	141.955	424	29,9	321.921	253	7,9
Alava	196.010	250	12,8	128.711	197	15,3	67.299	53	7,9
Guipúzcoa	618.023	780	12,6	159.756	434	27,2	458.267	346	7,5
Vizcaya	1.025.613	1.403	13,7	399.660	913	32,8	625.953	490	7,8
PAIS VASCO	1.839.646	2.433	13,2	688.127	1.544	22,4	1.151.519	889	7,7

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1971.

TABLA 2.27. DENSIDAD DE MEDICOS (x 10.000 HAB.) EN LA CAPITAL Y RESTO DE PROVINCIA (SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA) 1975.

PROVINCIA	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Almería	384.272	337	8,8	118.520	216	18,2	265.752	121	4,5
Cádiz	922.331	980	10,6	139.077	429	30,8	783.254	551	7,0
Córdoba	713.327	613	8,6	246.996	350	14,2	466.331	263	5,6
Granada	736.861	1.240	16,8	209.516	920	43,9	527.345	320	6,1
Huelva	399.772	409	10,2	109.520	230	21,1	290.252	179	6,2
Jaén	647.694	567	8,8	80.904	225	27,8	566.790	342	6,0
Málaga	901.968	1.026	11,4	400.222	747	18,7	501.746	279	5,6
Sevilla	1.363.236	2.744	20,1	580.417	2.382	41,0	782.819	362	4,6
ANDALUCIA	6.069.461	7.816	12,9	1.885.172	5.499	29,2	4.184.289	2.317	5,5
ASTURIAS	1.068.344	1.374	12,6	157.620	552	35,0	930.724	822	8,8
Huesca	213.026	201	9,4	35.672	76	21,3	177.354	125	7,0
Teruel	156.954	175	11,1	22.865	50	21,9	134.084	125	9,3
Zaragoza	783.910	1.703	21,7	518.298	1.442	27,8	265.612	261	9,8
ARAGON	1.153.890	2.079	18,0	576.835	1.568	27,2	577.055	511	8,8
BALEARES	586.129	799	13,6	255.975	520	20,3	330.154	279	8,4
Las Palmas	626.637	681	10,9	317.962	476	15,0	308.675	205	6,6
Sta. Cruz de Tenerife	647.860	689	10,6	170.834	430	25,2	476.926	259	5,4
CANARIAS	1.274.497	1.370	10,7	488.896	906	18,5	785.601	464	5,9
CANTABRIA	484.826	788	16,3	161.964	527	32,5	322.862	261	8,1
Avila	192.720	270	14,0	32.870	85	25,9	159.850	185	11,6
Burgos	349.074	399	11,4	130.171	216	16,6	218.903	183	8,4
León	533.564	668	12,5	111.586	350	31,4	421.978	318	7,5
Palencia	186.670	261	14,0	61.129	126	20,6	125.541	135	10,8
Salamanca	355.949	764	21,5	129.376	512	39,6	226.573	252	11,1
Segovia	151.025	247	16,4	45.934	129	28,1	105.091	118	11,2
Soria	105.604	159	15,1	27.060	83	30,7	78.544	76	9,0
Valladolid	442.943	911	20,6	278.056	685	24,6	164.887	226	13,7
Zamora	234.900	290	12,3	51.217	123	24,0	183.683	167	9,1
CASTILLA - LEON	2.242.449	3.969	17,7	867.399	2.309	26,6	1.375.050	1.660	12,1
Albacete	331.420	308	10,0	99.604	197	19,8	231.816	111	4,8
Ciudad Real	483.670	425	8,8	44.243	108	24,4	439.427	317	7,2
Cuenca	226.168	235	10,4	36.174	97	26,8	189.994	138	7,3
Guadalajara	140.576	196	13,9	43.150	81	18,8	97.426	115	11,8
Toledo	465.282	568	12,2	50.253	180	35,8	415.029	388	9,3
CASTILLA - LA MANCHA	1.647.116	1.732	10,5	273.424	663	24,2	1.373.692	1.069	7,8

.../...

PROVINCIA	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Barcelona	4.305.064	7.947	18,5	1.735.888	6.064	34,9	2.569.176	1.883	7,3
Girona	435.230	443	10,2	71.211	174	24,4	364.019	269	7,4
Lleida	345.410	363	10,5	98.830	180	18,2	246.580	183	7,4
Tarragona	471.551	500	10,6	97.373	161	16,5	374.178	339	9,1
CATALUÑA	5.557.255	9.253	16,6	2.003.302	6.579	32,8	3.553.953	2.674	7,5
Alicante	1.029.727	1.251	12,1	209.489	529	25,2	820.238	722	8,8
Castellón	404.410	590	14,6	106.101	289	27,2	298.309	301	10,1
Valencia	1.902.654	3.908	20,6	696.001	2.762	39,7	1.206.653	1.146	9,5
COMUNIDAD VALENCIANA	3.336.791	5.749	17,2	1.011.591	3.580	35,4	2.325.200	2.169	9,3
Badajoz	648.921	690	10,6	101.779	209	20,5	547.142	481	8,8
Cáceres	432.028	456	10,6	58.036	150	25,8	373.992	306	8,1
EXTREMADURA	1.080.949	1.146	10,6	159.816	359	22,5	921.133	789	8,6
La Coruña	1.048.352	1.635	15,6	203.301	602	29,6	845.051	1.033	12,2
Lugo	408.590	313	7,7	66.911	152	22,7	341.679	161	4,7
Orense	431.488	325	7,5	78.825	192	24,3	352.663	133	3,7
Pontevedra	831.355	865	10,4	58.989	189	12,0	772.366	676	8,8
GALICIA	2.719.785	3.138	11,5	408.026	1.135	27,8	2.311.759	2.003	8,6
LA RIOJA	239.151	390	16,3	94.314	233	24,7	144.837	157	10,6
MADRID	4.226.216	10.028	23,7	5.191.263	9.751	30,6	1.034.953	279	2,7
MURCIA	869.219	1.061	12,2	258.092	544	21,1	611.127	517	8,4
NAVARRA	480.752	821	17,1	159.987	560	35,0	320.765	261	8,1
Alava	231.513	330	14,3	164.387	261	15,9	67.126	69	10,3
Guipúzcoa	668.735	845	12,6	164.399	530	32,2	504.336	315	6,2
Vizcaya	1.133.781	1.743	15,4	425.305	1.225	28,8	708.476	518	7,3
PAIS VASCO	2.034.029	2.918	14,3	754.091	2.016	26,7	1.279.938	902	7,0
TOTAL ESPAÑA	35.400.859	54.533	15,4	12.707.766	37.301	29,4	22.693.309	17.232	7,6

Fuente: Anuario estadístico. INE, 1976.

TABLA 2.28. DENSIDAD DE MEDICOS (x 10.000 HAB.) EN LA CAPITAL Y RESTO DE PROVINCIA (SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA) 1980.

PROVINCIA	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Almería	390.264	575	14,7	123.674	392	31,7	266.590	183	6,9
Cádiz	976.491	1.828	18,7	144.748	829	57,3	831.743	999	10,7
Córdoba	696.297	1.399	20,1	266.114	1.007	37,8	430.153	392	9,1
Granada	731.459	2.078	28,4	235.581	1.767	75,0	495.878	311	6,2
Huelva	396.804	643	16,2	125.185	406	32,4	271.619	237	8,7
Jaén	624.834	1.030	16,5	85.395	439	51,4	539.439	591	11,0
Málaga	947.339	1.853	19,6	439.863	1.373	31,2	507.476	480	9,5
Sevilla	1.394.475	4.039	29,0	619.250	3.107	50,2	775.225	636	8,2
ANDALUCIA	6.157.963	13.445	21,8	2.039.810	6.803	33,3	4.118.153	3.326	8,1
ASTURIAS	1.130.695	2.685	23,7	163.964	1.296	79,0	966.731	1.389	14,4
Huesca	204.060	479	23,5	40.674	201	49,4	163.386	278	17,0
Teruel	140.181	416	29,7	25.155	131	52,1	115.026	285	24,6
Zaragoza	819.506	2.984	36,4	584.159	2.586	44,3	235.349	398	16,9
ARAGON	1.163.749	1.879	33,3	649.988	2.918	44,9	513.761	961	18,7
BALEARES	647.568	1.378	21,3	301.653	914	30,3	345.915	464	13,4
Las Palmas	728.088	1.171	16,1	380.712	907	23,8	347.376	264	7,6
Sta. Cruz de Tenerife	731.598	1.203	16,4	206.931	711	34,4	524.677	492	9,3
CANARIAS	1.459.686	2.374	16,3	587.643	1.618	27,5	872.043	756	8,7
CANTABRIA	503.368	1.267	25,2	178.360	920	51,6	325.008	347	10,7
Avila	173.663	476	27,4	36.183	182	50,3	137.480	294	21,4
Burgos	335.504	828	24,7	145.449	455	31,2	190.055	373	19,6
León	505.861	992	19,6	120.284	507	42,1	385.577	485	12,6
Palencia	171.910	411	23,9	65.787	234	35,6	106.123	177	16,7
Salamanca	330.871	1.233	37,3	137.332	953	69,3	193.539	280	14,5
Segovia	138.243	433	31,3	52.215	252	48,3	86.028	181	21,0
Soria	93.750	297	31,7	30.044	153	50,9	63.706	144	22,6
Valladolid	447.326	1.490	33,3	335.215	1.263	37,7	112.111	227	20,2
Zamora	211.821	491	23,2	53.949	213	39,5	157.872	278	17,6
CASTILLA - LEON	2.408.949	6.651	27,6	976.458	4.212	43,1	1.432.492	2.439	17,0
Albacete	322.952	512	15,9	108.025	329	30,5	214.927	183	8,5
Ciudad Real	453.266	622	13,7	47.609	178	37,4	405.657	444	10,9
Cuenca	199.927	388	19,4	38.977	161	41,3	160.950	227	14,1
Guadalajara	130.536	428	32,8	60.392	187	31,0	70.144	241	34,4
Toledo	453.124	939	20,7	58.535	393	67,1	394.589	546	13,8
CASTILLA - LA MANCHA	1.555.805	2.889	18,6	313.538	1.248	39,8	1.242.267	1.641	13,2

.../...

PROVINCIA	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Barcelona	4.779.966	12.341	25,8	1.733.849	9.433	54,4	3.046.117	2.908	9,5
Gerona	460.015	781	16,9	107.710	146	32,1	352.305	435	12,3
Lérida	343.353	583	17,0	111.019	145	31,1	232.334	258	10,2
Tarragona	520.341	1.225	23,5	126.002	372	29,5	394.339	853	21,6
CATALUÑA	6.103.675	14.930	24,5	2.078.580	10.496	50,5	4.025.095	4.434	11,0
Alicante	1.166.418	2.097	18,0	244.671	948	38,7	921.747	1.149	12,5
Castellón	424.750	864	20,3	123.025	452	36,7	301.725	412	13,7
Valencia	2.060.748	5.588	27,1	752.106	4.096	54,4	1.308.642	1.492	11,4
COMUNIDAD VALENCIANA	3.651.916	8.549	23,4	1.119.802	5.496	49,1	2.532.114	3.053	12,1
Badajoz	596.469	1.049	17,6	102.903	452	43,9	493.566	597	12,1
Cáceres	396.135	643	16,2	61.139	240	39,2	334.996	403	12,0
EXTREMADURA	992.604	1.692	17,0	164.042	692	42,2	828.562	1.000	12,1
La Coruña	1.067.661	2.268	21,2	220.815	836	37,9	846.846	1.432	16,9
Lugo	393.066	663	16,9	70.775	289	40,8	322.291	374	11,6
Orense	420.723	568	13,5	85.811	360	42,0	334.912	208	6,2
Pontevedra	894.623	1.373	15,3	67.145	328	48,8	827.478	1.045	12,6
GALICIA	2.776.073	4.872	17,5	444.546	1.813	40,8	2.331.527	3.059	13,1
LA RIOJA	242.403	616	25,4	108.183	363	33,6	134.220	253	18,8
MADRID	4.805.834	15.689	32,6	3.265.093	14.103	43,2	1.540.741	1.586	10,3
MURCIA	911.710	1.942	21,3	275.112	1.102	40,1	636.598	840	13,2
NAVARRA	494.956	1.481	29,9	179.288	1.134	63,2	315.668	347	10,9
Alava	270.964	609	22,5	207.669	541	26,1	63.295	68	10,7
Guipúzcoa	717.652	1.622	22,6	167.099	974	58,3	550.553	646	11,8
Vizcaya	1.242.622	2.812	22,6	445.141	1.590	35,7	797.481	1.222	15,3
PAIS VASCO	2.231.238	5.043	22,6	819.909	3.105	37,9	1.411.329	1.938	13,7

Fuente: Anuario estadístico, 1991.

TABLA 2.29. DENSIDAD DE MEDICOS (x 10.000 HAB.) EN LA CAPITAL Y RESTO DE PROVINCIA (SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA) 1962.

PROVINCIA	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			RESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Almería	389.922	746	19,1	124.925	481	38,5	264.997	265	10,0
Cádiz	992.296	2.135	21,5	146.048	930	63,7	846.248	1.205	14,2
Córdoba	684.974	1.786	26,1	272.309	1.277	46,9	412.663	509	12,3
Granada	724.299	2.461	34,0	244.995	2.081	84,9	479.304	380	7,9
Huelva	392.954	832	21,2	131.073	513	39,1	261.881	319	12,0
Jaén	611.655	1.253	20,5	86.660	543	62,7	524.995	710	13,6
Málaga	958.967	2.217	23,1	453.176	1.677	37,0	505.791	540	10,7
Sevilla	1.397.554	4.203	30,1	630.912	3.204	50,8	766.642	999	13,0
ANDALUCIA	6.152.621	15.633	25,4	2.090.098	10.706	51,2	4.062.523	4.927	12,1
ASTURIAS	1.140.239	3.231	28,3	165.417	1.580	95,5	974.822	1.651	16,7
Huesca	199.211	560	28,1	42.554	250	58,7	156.659	310	19,7
Teruel	133.068	505	38,0	25.932	172	66,3	107.136	333	31,1
Zaragoza	828.692	3.490	42,1	608.725	2.980	49,0	219.967	510	23,2
ARAGON	1.160.971	4.555	39,2	677.211	3.402	50,2	483.760	1.153	23,8
BALEARES	669.101	1.655	24,7	319.620	1.095	34,3	349.481	560	16,2
Las Palmas	767.912	1.480	19,3	405.720	1.102	27,2	362.192	378	10,4
Sta. Cruz de Tenerife	762.503	1.504	19,7	221.660	865	39,0	540.843	639	11,8
CANARIAS	1.530.415	2.984	19,5	627.380	1.967	31,4	903.035	1.017	11,3
CANTABRIA	507.489	1.426	28,1	184.094	1.026	55,7	323.395	400	12,4
Avila	165.427	547	33,1	37.340	232	62,1	128.087	315	24,6
Burgos	327.926	978	29,8	150.909	612	40,6	177.017	366	20,7
León	491.911	1.190	24,2	123.131	566	46,0	368.780	624	16,9
Palencia	165.215	602	36,4	67.256	333	49,6	97.959	269	27,4
Salamanca	319.137	1.449	45,4	139.634	1.169	83,7	179.503	280	15,6
Segovia	132.467	554	41,8	54.568	354	64,9	77.899	200	25,7
Soria	88.772	397	44,7	31.098	228	73,3	57.674	169	29,3
Valladolid	488.373	1.706	34,9	358.629	1.529	42,6	129.744	177	59,8
Zamora	201.869	584	28,9	54.684	257	47,0	147.185	327	22,2
CASTILLA - LEON	2.381.097	8.007	33,6	1.017.249	5.280	51,9	1.363.848	2.727	19,9
Albacete	117.498	664	20,9	110.836	431	38,9	206.662	233	11,3
Ciudad Real	438.621	717	16,3	48.656	208	42,7	389.965	509	13,1
Cuenca	188.958	313	16,6	39.860	171	42,9	149.098	142	9,5
Guadalajara	125.834	569	45,2	68.571	278	40,5	57.263	291	50,8
Toledo	445.326	1.014	22,8	61.813	418	67,6	383.513	596	15,5
CASTILLA - LA MANCHA	1.516.237	3.277	21,6	329.736	1.506	45,7	1.186.501	1.771	14,9

PROVINCIA	TOTAL PROVINCIA			CAPITAL PROVINCIA			FESTO PROVINCIA		
	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD	POBLACION	MEDICOS	DENSIDAD
Barcelona	4.949.892	14.391	39,1	1.720.998	10.726	62,3	3.228.894	3.665	11,4
Girona	466.992	951	20,4	126.030	387	30,7	340.962	564	16,5
Lleida	340.167	707	20,8	115.478	421	36,4	224.689	286	12,7
Tarragona	537.617	1.358	25,3	138.705	438	31,6	398.912	920	23,1
CATALUÑA	6.294.668	17.407	27,7	2.102.211	11.972	57,0	4.193.457	5.435	23,0
Alicante	1.217.729	2.475	20,3	258.465	1.118	43,2	959.264	1.357	14,1
Castellón	430.171	1.004	23,3	129.602	545	42,1	300.569	459	15,1
Valencia	2.112.921	6.526	30,9	720.277	4.724	65,6	1.392.644	1.802	12,9
COMUNIDAD VALENCIANA	3.760.821	10.005	26,6	1.108.344	6.387	57,6	2.652.477	3.618	13,6
Badajoz	572.798	1.290	22,5	102.615	498	48,5	470.183	792	16,8
Cáceres	380.020	849	22,3	61.982	244	39,4	318.038	605	19,0
EXTREMADURA	952.818	2.139	22,4	164.597	742	45,1	788.221	1.397	17,7
La Coruña	1.068.088	2.984	27,9	226.697	1.189	52,4	841.391	1.795	21,3
Lugo	384.365	810	21,1	71.870	407	56,6	312.495	403	12,9
Oranxe	413.627	680	18,4	88.159	440	49,9	325.468	240	7,4
Pontevedra	915.152	1.607	17,6	70.223	395	56,2	844.929	1.212	14,3
GALICIA	2.781.232	6.081	21,9	456.949	2.431	53,2	2.324.283	3.650	15,7
LA RIOJA	241.957	754	31,2	113.445	476	42,0	128.512	278	21,6
MADRID	5.024.549	17.384	34,6	3.271.834	15.433	47,2	1.752.715	1.951	11,1
MURCIA	922.866	2.266	24,6	280.237	1.288	46,0	642.629	978	15,2
NAVARRA	497.233	1.638	32,9	186.363	1.210	64,9	310.870	428	13,8
Alava	286.499	753	26,3	226.388	692	30,6	60.111	61	10,1
Guipúzcoa	733.042	1.985	27,1	166.980	1.182	70,8	566.062	803	14,2
Vizcaya	1.280.018	3.357	26,2	450.024	1.991	44,2	829.994	1.366	16,5
PAIS VASCO	2.299.559	6.095	26,5	843.392	3.865	45,8	1.456.167	2.230	15,3
TOTAL ESPAÑA	37.833.863	104.759	27,7	13.987.183	70.588	50,5	23.846.680	34.171	14,3

Fuente: Anuario estadístico. INE. 1983.

Capítulo 3

Distribución de los médicos por dependencia institucional y
modalidad asistencial

3.1. Ejercicio privado

El conocimiento del número de médicos que se encuentran trabajando en el sector privado, presenta múltiples dificultades, no siendo la menor la falta de un registro, censo o estadística sobre la actividad médica en el ejercicio privado. Así, en el ámbito estadístico sólo disponemos de datos periódicos y oficiales para el caso de médicos que trabajan en el nivel hospitalario, aunque sin diferenciar entre los centros concertados y los no concertados.

Limitados pues, por esta escasa disponibilidad informativa, nos hemos visto obligados a recoger datos puntuales en el tiempo o circunscritos a determinadas zonas geográficas del Estado, a partir de los cuales poder averiguar el comportamiento del ejercicio médico privado en nuestro país. En este sentido presentamos los datos de médicos que figuran con la licencia fiscal, a partir del estudio elaborado por R. Belenes y J. Cuervo (1) sobre los médicos colegiados con residencia en la ciudad de Barcelona. En este caso, el 54,4% de los médicos de la ciudad de Barcelona poseían licencia fiscal en el año 1982, con lo cual podían ejercer a nivel privado. El resto, 45,6%, ejercía sólo por cuenta de otro (persona o entidad). La cifra de médicos con licencia fiscal se incrementaba hasta el 56,1%, al considerar el conjunto de la provincia de Barcelona.

(1) R. Belenes, J. Cuervo. "Les Professions Sanitàries". Estudis Tècnics per al desplaçament del Mapa Sanitari a la ciutat de Barcelona. Vol núm. 4. Ajuntament de Barcelona - Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1983: 129-153.

El mismo estudio, no obstante, indica que: "es preciso señalar que la posesión de la Licencia Fiscal no significa que, en consecuencia, el médico ejerza privadamente. Desconocemos completamente las características de este ejercicio privado; no sabemos cuantos médicos se dedican a él, plena y exclusivamente, y qué proporción, en términos de dedicación y económicos, representan".

En la encuesta de la OMC realizada en el mes de febrero de 1983 (1) se dan algunos datos sobre la forma de ejercicio de los médicos, aunque de forma limitada y sin posibilidades de acceso a los datos primarios. De entre la información allí obtenida, destacamos que un 45,8% de los médicos que responden a la encuesta, dicen trabajar en ejercicio libre, y un 8%, en asistencia colectiva. Así mismo, el 26,9% dice ser el propio empresario.

Formas de ejercicio privado de los médicos

Los datos que se presentan a continuación se obtienen de un estudio sociológico (2) efectuado en la provincia de Barcelona en el año 1981, con lo cual su validez se circunscribe a dicho ámbito geográfico en el período considerado. Ello no obstante, y ante la falta de otros datos que nos permitan dar información de las formas de ejercicio privado de los médicos para todo el

(1) "Estudio sobre opiniones y actitudes de los médicos españoles". Informativo médico, 63; 1983: 18-23-

(2) GAPS. "Estudi sociològic dels metges de Barcelona i província". Col·legi de Metges de Barcelona. Barcelona, 1981.

Estado, no podemos dejar de publicar esta información, con la intención de ampliar el conocimiento de este fenómeno y la presunción de que, aunque sin validez para todo el territorio del Estado, los datos del conjunto de la provincia de Barcelona ya nos van a permitir un mayor acercamiento al problema considerado.

Las principales formas de ejercicio privado que destacaremos son las de consulta médica particular, el trabajo en hospitales privados, la relación laboral con mútuas y la propia con empresas privadas del sector asistencial.

De todas las formas de ejercicio privado destaca (siguiendo la tabla 3.1) la de "consulta privada" en la que trabaja un 53,4% de los médicos en ejercicio, siguen el hospital privado (22,5%), las mútuas (13,5%) y la empresa privada (4,9%). En todos los casos, excepto en el hospital privado, la proporción de médicos con ejercicio privado disminuye considerablemente al disminuir la edad. El caso extremo se da en la consulta privada, donde pasamos de un 84% entre los médicos nacidos antes de 1940 que ejercen esta modalidad, a un 13,2% entre los médicos cuyo nacimiento ocurre a partir de 1949. Se observa un comportamiento similar al considerar la distribución por sexos, trabajando menos las mujeres dentro del sector privado.

En relación con estos datos cabe reseñar que los "médicos en ejercicio" suponen el 90% de los médicos colegiados.

Del conjunto de médicos en ejercicio de la provincia de Barcelona, el 38,3% manifiestan que el trabajo al que dedican más tiempo lo realizan en el sector privado (tabla 3.2), frente al 61,7% que manifiestan realizarlo en el sector público. Dentro del grupo que prioritariamente se dedica al ejercicio privado, sobresale la consulta particular y el hospital privado.

El analizar la actividad clasificada por los médicos como segunda ocupación, en función del tiempo de dedicación laboral, el ejercicio privado llega a ser del 53,8%, situándose por encima de la dedicación dentro del sector público, con una elevada participación de la modalidad de consulta privada (el 32,6% del total de médicos con segunda ocupación).

En el estudio del GAPS al que estamos haciendo referencia se desglosa con gran detalle los resultados generales aquí presentados; por ello, nos permitimos remitir a dicho trabajo al lector que desee mayor concreción, no ampliando más este apartado por nuestra parte.

Como datos puntuales incluimos las tablas en las que se detalla el número de puestos de trabajo en medicina de empresa por distribución territorial en Comunidades Autónomas (tabla 3.3) y el personal y los medios sanitarios de las mutuas patronales de accidentes del trabajo, en el año 1982 (tabla 3.4).

El ejercicio privado en los hospitales. (1979)

El número total de puestos de trabajo para médicos es, en los hospitales privados, de 17.493, lo cual representa el 36,6% de todos los médicos que trabajan en hospitales en todo el Estado.

En los centros privados hay 64.419 camas, es decir, el 31,6% de todas las camas hospitalarias de España.

El cruce de estos dos datos, médicos y camas del sector privado, nos da un total de 0,27 médicos por cama en los hospitales privados, o lo que es igual, casi cuatro camas por médico.

En la tabla 3.5 se presenta la distribución de médicos y camas por especialidades en los hospitales privados. Comparando estos datos con los totales de las tablas 3.41 y 3.42, donde se incluye también al sector público, se observa que en el sector privado hay mayor proporción, principalmente de médicos de cirugía y especialidades, de obstetricia y ginecología y de psiquiatría, siendo menor el grupo de otros servicios, en gran parte a expensas de los médicos en formación. El mismo incremento, y de forma consecuente, se registra al considerar las camas por especialidades.

En la tabla 3.5 se observan diferencias significativas en la relación médicos/cama al considerar algunas especialidades. Estas se refieren a la psiquiatría, donde el número de médicos por cama es reducidísimo; por contra, dentro del grupo de "otros" ocurre a la inversa,

no obstante ello es así al considerarse dentro de este grupo los médicos de servicios centrales que no se corresponden con camas propias.

Al considerar la distribución del personal y camas por titularidad (tabla 3.6), destacan, muy por encima del resto, los hospitales particulares, con el 66,4% de médicos y el 58,3% de camas del total disponible en el sector privado. También se observan diferencias significativas en la relación médicos/cama, muy en concreto en el bajo índice de los hospitales de la Iglesia, sólo 0.13 y en el alto de la Cruz Roja, con 0.45 médicos por cama.

Comparando los médicos del sector privado según su especialidad y titularidad del centro donde trabajan (tabla 3.7), se observa que la mayor proporción de médicos, casi el 25% del total se concentra en los hospitales particulares en el ejercicio de la cirugía general y especialidades (23,9%); le siguen, dentro de los mismos hospitales, los de ejercicio en medicina interna y especialidades (12,5%) y en obstetricia y ginecología (8,2%).

Finalmente, cuando la comparación entre especialidad y titularidad del sector privado se hace sobre las camas hospitalarias (tabla 3.8) se observa que las proporciones son bastante similares a las anteriores, calculadas sobre número de médicos, excepto en el caso de psiquiatría, donde el número de camas es proporcionalmente alto en los hospitales de la Iglesia (13,6% del

total de camas) y en los particulares (9,2%). Ello coincide con los datos anteriormente señalados de médicos/cama, con el bajo índice en psiquiatría.

TABLA 3.1. DISTRIBUCION DE MEDICOS SEGUN DEPENDENCIA DE SU PUESTO O PUESTOS DE TRABAJO EN EL SECTOR PRIVADO. Provincia de Barcelona, 1981.

DEPENDEN- CIA. año nacimiento	CONSULTA PRIVADA (%)	HOSPITAL PRIVADO (%)	MUTUAS (%)	EMPRESA PRIVADAS (%)
Antes de 1940	84,0	19,1	16,3	7,1
1940-1949	41,0	28,1	13,8	2,8
A partir de 1949	13,2	21,7	7,9	2,6
<u>sexo</u>				
Hombres	58,9	23,5	14,3	5,7
Mujeres	17,8	16,8	8,9	-

TOTAL	53,4	22,5	13,5	4,9

Fuente: GAPS. Estudi sociològic dels metges de Barcelona i provincia. Col·legi de Metges de Barcelona. Barcelona, 1981.

TABLA 3.2. ACTIVIDADES PRIVADAS QUE OCUPAN MAYOR PARTE DEL TIEMPO DE TRABAJO A LOS MEDICOS. Provincia de Barcelona, 1981.

TRABAJO EN	ORDEN DE IMPORTANCIA SEGUN HORAS DE DEDICACION:	
	En primer lugar (%)	En segundo lugar (%)
Consulta privada	18,5	32,6
Hospital privado	12,5	11,0
Mutuas	4,8	8,9
Empresas privadas	2,5	1,3

TOTAL ejercicio privado	38,3	53,8
TOTAL ejercicio público (1)	61,7	46,2

(1) Se incluyen Fundaciones y similares.

Fuente: GAPS. Estudi sociològic dels metges de Barcelona i província. Col·legi de Metges de Barcelona. Barcelona, 1981.

TABLA 3.3. PUESTOS DE TRABAJO EN MEDICINA DE EMPRESA. DISTRIBUCION POR CC.AA. 1982

ANDALUCIA	536
ARAGON	100
ASTURIAS	-
BALEARES	30
CANARIAS	152
CANTABRIA	-
CASTILLA LA MANCHA	39
CASTILLA LEON	254
CATALUÑA	665
COMUNIDAD VALENCIANA	276
EXTREMADURA	19
GALICIA	25
LA RIOJA	33
MADRID	792
MURCIA	20
NAVARRA	-
PAIS VASCO	379

TOTAL	3.320

TABLA 3.4. PERSONAL Y MEDIOS SANITARIOS DE LAS MUTUAS PATRONALES DE ACCIDENTES DE TRABAJO - 1981.

- Número de médicos:	955
. hombres	911 (95,4%)
. mujeres	44 (4,6%)
- Población protegida:	9.591.032
. I.L.T.	4.800.532 (50%)
. Invalidez muerte supervivencia	4.790.500 (50%)
- Instituciones cerradas	36
- Número de camas hospitalares	3.873
- Ambulatorios	468
- Número de protegidos por médico	10.043
- Número de camas por 1.000 protegidos	0,4

Fuente: Estadística de las mutuas patronales de accidentes de trabajo.
UNESPA. 1981.

TABLA 3.5. PERSONAL MEDICO Y NUMERO DE CAMAS EN LOS HOSPITALES PRIVADOS. DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES - 1979.

ESPECIALIDAD	MEDICOS:		CAMAS:		MEDICOS/CAMA	CAMAS/MEDICO
	Núm.	%	Núm.	%		
Medicina interna y especialidades	3.465	19,8	9.847	15,3	0,35	2,8
Cirugía general y especialidades	5.862	33,5	22.607	35,1	0,26	3,8
Obstetricia y ginecología	1.824	10,4	7.321	11,4	0,25	4,0
Pediatría	1.097	6,3	3.292	5,1	0,33	3,0
Psiquiatría	783	4,5	15.461	24,0	0,05	19,7
Otros (*)	4.462	25,5	5.891	9,1	0,76	1,3
TOTAL	17.493	100,0	64.419	100,0	0,27	3,7

(*) Se incluyen los médicos de servicios centrales.

Fuente: INE. Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado-1979, Madrid, 1983.

TABLA 3.6. PERSONAL MEDICO Y NUMERO DE CAMAS EN LOS HOSPITALES PRIVADOS. DISTRIBUCION POR TITULARIDAD - 1979.

TITULARIDAD	MEDICOS:		CAMAS:		MEDICOS/CAMA	CAMAS/MEDICO
	Núm.	%	Núm.	%		
Beneficencia Particular	2.566	14,7	9.398	14,6	0,27	3,7
Iglesia	1.791	10,2	14.106	21,9	0,13	7,9
Cruz Roja	1.517	8,7	3.344	5,2	0,45	2,2
Particulares	11.619	66,4	37.571	58,3	0,31	3,2
TOTAL	17.493	100,0	64.419	100,0	0,27	3,7

Fuente: INE. Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado-1979. Madrid, 1983.

TABLA 3.7. PERSONAL MEDICO EN LOS HOSPITALES PRIVADOS. DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES Y TITULARIDAD DE LOS HOSPITALES - 1979.

ESPECIALIDAD	BENEFICENCIA PARTICULAR		IGLESIA		CRUZ ROJA		PARTICULARES		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Medicina Interna y especialidades	563	3,2	331	1,9	386	2,2	2.185	12,5	3.465	19,8
Cirugía general y especialidades	633	3,6	593	3,4	448	2,6	4.188	23,9	5.862	33,5
Obstetricia y ginecología	167	0,9	97	0,5	131	0,7	1.429	8,2	1.824	10,4
Pediatría	129	0,7	141	0,8	76	0,4	751	4,3	1.097	6,3
Psiquiatría	50	0,3	197	1,1	47	0,3	489	2,8	783	4,5
Médicos guardia	121	0,7	166	0,9	123	0,7	956	5,5	1.366	7,8
En formación	522	3,0	116	0,6	188	1,1	522	3,0	1.348	7,7
Servicios centrales	381	2,2	150	0,8	118	0,7	1.099	6,3	1.748	10,0
TOTAL	2.566	14,7	1791	10,2	1.517	8,7	11.619	66,4	17.493	100

Fuente: INE. Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado-1979. Madrid, 1983. Elaboración propia.

TABLA 3.8. CAMAS HOSPITALARIAS DEL SECTOR PRIVADO. DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES Y TITULARIDAD DE LOS HOSPITALES-1979.

ESPECIALIDAD	BENEFICENCIA PARTICULAR		IGLESIA		CRUZ ROJA		PARTICULARES		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Medicina Interna y especialidades	2.704	4,2	955	1,5	703	1,1	5.485	8,5	9.847	15,3
Cirugía general y especialidades	3.170	4,9	1.930	3	1.716	2,7	15.791	24,5	22.607	35,1
Obstetricia y ginecología	800	1,2	509	0,8	528	0,8	5.485	8,5	7.321	11,4
Pediatría	580	0,9	803	1,2	189	0,3	1.720	2,7	3.292	5,1
Psiquiatría	754	1,2	8.752		43	(-)	5.912	9,2	15.461	24,0
Otros	1.390	2,2	1.157	1,8	165	0,3	3.118	4,8	5.891	9,1
TOTAL	9.398	14,6	14.106	21,9	3.344	5,2	37.571	58,3	64.419	100

Fuente: JNE. Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado-1979. Madrid, 1983. Elaboración propia.

3.2. Ejercicio en el sector público

3.2.1. Stock y evolución de los médicos del INSALUD

Número de médicos.

El número de médicos que trabaja en el INSALUD, estando en plantilla a diciembre de 1982, es de 51.945. Ello representa que, en dicho año, un 50% de los licenciados médicos de España trabaja para el organismo público INSALUD. Con esta cifra se obtiene un índice de 733 habitantes por médico de INSALUD, confirmándose la importante cobertura que este organismo ofrece a la población. El índice se convierte en 641 habitantes/médico si sólo consideramos la población beneficiaria del INSALUD y no la total del país.

En las cifras anteriores no contabilizamos las plazas de INSALUD ocupadas por médicos postgraduados en período de formación, dentro del programa MIR, que son un total de 3.262 en el año indicado: un 3% de los médicos españoles. Su inclusión nos daría un total de 55.207 médicos trabajando en el INSALUD, el 53% de los médicos de España, con un índice de 690 habitantes/médico entre la población total del país y de 603 habitantes/médico entre la población beneficiaria del INSALUD.

Estos índices nos permiten afirmar que el INSALUD dispone de suficientes recursos humanos para prestar una correcta asistencia a sus beneficiarios, el 90% de la población española.

El número total de médicos que trabajan en el INSALUD se reparte entre (ver figura 3.1)

A. Asistencia primaria	36.263 (65,7%)
A.1. médicos generales	16.861 (30,6%)
A.2. pediatras	3.617 (6,6%)
A.3. médicos de urgencias	2.010 (3,6%)
A.4. especialistas	13.775 (24,9%)
B. Asistencia hospitalaria.	18.944 (34,3%)
B.1. especialistas	15.682 (28,4%)
B.2 residentes en formación	3.262 (5,9%)
TOTAL	55.207 (100,0%)

Evolución del número de médicos

La evolución registrada en el stock de médicos del INSALUD, entre 1974 y diciembre de 1982, se detalla en la tabla 3.9 y figura 3.2, donde destaca el incremento de 13.603 médicos, un 33% de aumento. La incorporación anual de médicos fue de 1.700. Si prescindimos de los MIR, el incremento es de 11.756 médicos, con un aumento del 29%.

Del total de nuevos puestos de trabajo (sin los MIR), 8.036 (68,3%) corresponden a plazas para especialistas. De estas, 3.932 (48,9%) son para los especialistas extrahospitalarios y 4.104 (51,1%) para los hospitalarios.

En la evolución del número de médicos de INSALUD, en el período considerado, sobresalen los médicos de servicios de urgencias, con un 80,6% de incremento de sus efectivos. El grupo que menos crece es el de médicos generales, con un 20,1%.

No obstante, aún cuando los médicos que trabajan en el INSALUD han aumentado en números absolutos, no lo han hecho en la misma proporción como se incrementa el stock de médicos del país. Con lo cual, mientras en 1983 el 53% de los médicos está trabajando en el INSALUD, en 1974 el porcentaje había llegado a ser del 76%.

En la tabla 3.10 hemos procurado sintetizar la evolución de los indicadores más comunes de recursos. A destacar en ella:

- 1) La escasa variación de la tasa de médicos del INSALUD de 1974 a 1982, período en el que el incremento de médicos en España es elevado (15,3 médicos x 10.000 habitantes en 1974 a 27,7 en 1982). Ello hace suponer que el stock, en el INSALUD, está completo y que dicho organismo sólo se ha planteado cubrir el crecimiento de la población asegurada y no aumentar en términos reales la dotación de nuevos recursos.
- 2) La mayor dotación de médicos hospitalarios en los centros del INSALUD. En efecto, el número de camas por médico es mayor para el conjunto de hospitales en comparación con la red de la Seguridad Social, la cual, por otra parte, ha disminuido, aunque mínimamente, la dotación médica de sus hospitales (de 2,8 camas/médico en 1974 a 3,0 camas/médico en 1982).

3) Como comentamos, la evolución del número de médicos empleado por el INSALUD no guarda relación con el notable aumento del número total de médicos en el país, lo que en parte muestra la saturación, teórica y práctica, de la oferta de trabajo hospitalario y del sector público de la Seguridad Social.

Plantillas orgánicas y reales del INSALUD

Se observa una cierta disparidad entre los puestos de trabajo cubiertos o plantillas reales y las plantillas orgánicas del INSALUD (tabla 3.11). La diferencia global entre las dos plantillas y por lo tanto, los puestos de trabajo no cubiertos, es de 3.816 médicos, el 6,8% de la plantilla orgánica prevista.

El desajuste más importante se da entre los especialistas, siendo del 11,4% entre los de hospitales y del 7,8% entre los extrahospitalarios. Al contrario, los médicos generales tienen la plantilla real muy ajustada a la orgánica.

La cobertura de la plantilla orgánica se presenta problemática. Por una parte, en el caso de los especialistas extrahospitalarios, está planteada la propuesta de reconvertir el actual sistema de ambulatorio extrahospitalario, vinculando al especialista con el hospital y, por otra parte, en el caso de los especialistas de hospitales, nos encontramos con un índice actual de cama/médico bajo; de manera que una cobertura de plantilla orgánica, sin incremento de camas hospitalarias, aún lo reduciría más.

Los médicos especialistas

En el INSALUD, como ya hemos indicado, los especialistas pueden ejercer a dos niveles, en la asistencia hospitalaria o en la asistencia extrahospitalaria (tabla 3.12 y 3.13).

Hay 29.457 médicos especialistas (sin contar a los pediatras ni a los médicos en formación): el 53,3% del total de los médicos del INSALUD. Incluyendo a los pediatras de la asistencia primaria, el total de especialistas en INSALUD sería de 33.074 y el porcentaje del 59,9%.

Posteriormente se comentarán con más detalle algunas de las características de los especialistas; ahora sólo quisiéramos presentar las tasas de médicos especialistas que trabajan en el INSALUD por cada 10.000 habitantes. No se dan por beneficiarios, puesto que nos interesa destacar más los índices de médicos del INSALUD en relación a la población general, en la perspectiva del SNS. En cualquier caso, al índice que se presenta bastaría añadirle un 12-14% para obtenerlo en función de los beneficiarios del INSALUD.

Por especialidades, las tasas son las indicadas en la tabla 3.12. Sorprende que, no incluyendo los médicos especialistas que trabajan fuera del INSALUD, ya nos encontremos con una tasa total de 8,66 especialistas por cada 10.000 habitantes.

Así, si todos los especialistas del país se limitaran a los que trabajan en el INSALUD, podríamos indicar que la tasa de 8,66 especialistas por cada 10.000

habitantes sería bastante acorde con las tasas de países europeos, quizás sólo ligeramente baja. Y ello vendría motivado, principalmente, por déficits que se mantienen desde años en algunas especialidades médicas y en otras como medicina preventiva-salud pública, odonto-estomatología, rehabilitación, psiquiatría... Por contra, en el caso de la pediatría, nos situamos por encima de la media europea, por la particularidad de nuestro sistema de asistencia primaria.

De hecho, de los 8,66 médicos especialistas de INSALUD por cada 10.000 habitantes de España, el 52,7% lo aportan los especialistas extrahospitalarios (4,56/10.000 habitantes).

Agrupando las especialidades según criterios del INE, observamos, en la tabla 3.13 y en la figura 3.3, que los especialistas quirúrgicos suman el 37,2% de todos los médicos especialistas del INSALUD, con una tasa de 3,2 por cada 10.000 habitantes. Les siguen, a bastante distancia, los de medicina interna, servicios y departamentos centrales, pediatría, obstetricia y ginecología y psiquiatría.

Distribución territorial de los médicos del INSALUD

La distribución territorial de los médicos el INSALUD (tablas 3.14, 3.15 y 3.16) no está relacionada con la población a la que deben atender, con lo cual se dan desequilibrios entre las Comunidades Autónomas, que pueden dar lugar a desigualdades, como mínimo de acceso a los servicios sanitarios públicos. Lo vemos en la tabla 3.14, en la cual se indican por CC.AA los médicos

del INSALUD, agrupando los servicios de asistencia primaria (médicos generales, pediatras y médicos de urgencias) y los especialistas (hospitalarios y extrahospitalarios). Como se puede apreciar en las cifras totales, comunidades como Canarias o Galicia se encuentran muy por debajo de la media nacional, mientras que otras como Aragón o Castilla-León están muy por encima. El análisis sufre variaciones si se efectúa por separado entre asistencia primaria y especialistas (intra y extrahospitalarios). Así en la asistencia primaria también se muestra deficitaria Andalucía, y en la hospitalaria lo están Extremadura y Cataluña. Sobre todo ello se insistirá más adelante, al analizar la asistencia primaria y la hospitalaria del INSALUD por separado.

3.2.2. La asistencia primaria en el INSALUD

Número de médicos.

El conjunto de médicos que desarrollan sus tareas asistenciales en el nivel que INSALUD denomina "asistencia primaria" es, con datos de diciembre de 1982, de 36.263 (ver punto 3.2.1.); todos ellos ejerciendo en centros extrahospitalarios.

Se distribuyen entre: médicos generales, con un 46,5%; pediatras, con un 10,0%; médicos de urgencias, con un 5,5% y especialistas de cupo, con un 38,0%.

Así pues, en la asistencia primaria trabajan cuatro grupos de médicos que caracterizamos en:

- a) Los médicos generales que atienden al grupo de población que tiene más de siete años de edad y que no precisa especialidad, aunque sí algunos haber pasado oposiciones, como es el caso de los médicos APD.
- b) Los médicos especialistas en pediatría; médicos que podríamos considerar complementarios a los médicos generales, allí donde estos últimos no cubren la asistencia de los niños de hasta siete años de edad.
- c) Los especialistas en cirugía general, traumatología, ginecología, tocología, ORL, oftalmología, dermatología, pulmón-corazón, neuro-psiquiatría, endocrinología, urología, digestivo, odontología, radiología y análisis clínicos, que ejercen en los ambulatorios, en la práctica totalidad de los casos sin conexión con el nivel hospitalario, en lo que corresponde al ejercicio diario de su trabajo en el INSALUD.

Toda esta estructura se complementa a nivel urbano con:

- d) Los médicos de los servicios ordinario y especiales de urgencias, que de hecho vienen a representar el sustituto del médico de cabecera (médico general y pediatra), a partir de las cinco horas de la tarde de los días laborables hasta las nueve de la mañana del día siguiente y durante los días festivos.

Por consiguiente, como médicos de cabecera deberíamos contabilizar el conjunto de los médicos de medicina general y de pediatría, con un total de 20.478 médicos, lo que representa un médico cada 1.860 habitantes. Caso de sumar también los médicos de urgencia, estas cifras serían de 22.488 médicos y 1.700 habitantes/médico.

Por otra parte, el médico general ejerce como "APD" o como médico "libre" y los especialistas de cupo como "jefes" o "ayudantes", incluyéndose a los pediatras dentro del grupo de especialistas jefes.

La distribución de todas las categorías de médicos de asistencia primaria del INSALUD es la reflejada en la representación gráfica de la figura 3.4. En ella vemos que hay 8.022 médicos generales ejerciendo como "APD", 8.839 médicos generales ejerciendo como "libres", 1.009 médicos del servicio especial de urgencias, 1.001 médicos del servicio ordinario de urgencias, 14.043 especialistas de cupo con categoría de "jefes" (entre ellos 3.617 pediatras) y 3.349 especialistas "ayudantes".

Distribución territorial de los médicos de asistencia primaria del INSALUD

A partir de los datos de un estudio realizado por la Subdirección General de Atención Primaria y Medicina Laboral (1), hemos podido conocer las proporciones de pediatras y médicos de cabecera del INSALUD por CC.AA. y por provincias a excepción de Cataluña, comunidad que, no está considerada en los datos comparativos que siguen.

Para los especialistas, la mayor densidad corresponde a Madrid donde la media es de 873 niños de menos de 7 años por pediatra, mientras que la mínima corresponde a Extremadura con 3.610.

(1) Subdirección General de Atención Primaria. Informe Xerocopiado. 1984.

Para los médicos generalistas, la densidad mayor es la de Aragón con 1,373 personas mayores de 7 años por médico general, mientras que la mayor densidad corresponde a Canarias donde esa proporción es de 2.765. (Tabla 3.17)

Por provincias, la densidad mayor de pediatras se encuentra en Lugo (832 niños menores de 7 años por pediatra) y Madrid (873) y las menores en Cuenca (6.441), Avila (4.132) y Badajoz (4.179). (Tabla 3.19)

Las densidades provinciales mayores de médicos generalistas se dan en Zamora (416 personas mayores de 7 años por médico general), Avila (813) y Guadalajara (744). (Tabla 3.19)

Cuenca y Avila muestran bajas densidades de pediatras y altas densidades de médicos generales.

Dentro de cada región, las diferencias interprovinciales son, para los pediatras, desde ratios máxima densidad/mínima densidad provincial de 3,16 en Andalucía y Castilla-La Mancha a situaciones más uniformes como el País Vasco con una ratio de 1,18. (Tabla 3.20)

Para los médicos generales las mayores diferencias se dan en Castilla-León con una ratio de 7,26 y las menores en el País Vasco y Canarias con 1,21 y 1,11 respectivamente. (Tabla 3.21)

En relación a los valores absolutos, resulta difícil juzgar su adecuación sin conocer la distribución geográfica de la población, especialmente la dispersión; pero en cualquier caso debe destacarse Cuenca con 6.441 niños menores de 7 años por pediatra, Avila con 4.132,

Badajoz con 4.179. En cambio, para los médicos generales, sólo Valladolid supera las 3.000 personas (mayores de 7 años) por médico general.

En términos generales puede afirmarse que en España existe una disponibilidad de médicos de atención primaria ampliamente distribuida, sin que puedan detectarse déficits muy relevantes a nivel local. Aunque no existe información cuantitativa adecuada para documentar esta observación, la inexistencia de partidos médicos vacantes parece un argumento suficiente. Este hecho contrasta con los marcados déficits de médicos de atención primaria en las áreas rurales aisladas en algunos países como USA (1).

Existen diferentes razones para explicar este fenómeno. Por un lado la clásica organización en partidos médicos abiertos y cerrados que ha venido potenciando la instalación de los médicos en las áreas rurales. La incorporación de estos médicos a la Seguridad Social aumentó la estabilidad laboral de los mismos y finalmente la plétora médica que sin duda tiene una influencia redistribuidora notable.

En el análisis de la distribución por edades de los médicos de asistencia primaria (separando a los médicos entre mayores y menores de 40 años (tabla 3.22), se observan grandes diferencias entre las CC.AA., lo cual refleja que, además de producirse desigualdades en la distribución territorial de los médicos, también se

(1) Scheffler R.M., Weisfeld N., Hyg MS., Ruby G., Estes E.H. A manpower Policy For Primary Health Care. The New Eng. J. Med, 1978, 298; 19: 1058-1962.

dan diferencias en las expectativas de trabajo de éstos según lugar de residencia. Las diferencias se suponen vinculadas al factor edad; entre otras podemos reseñar jubilación, promoción, formación, etc.

Los especialistas extrahospitalarios

El sistema de dotación de recursos médicos extrahospitalarios se efectúa en base al número de asegurados (titulares) necesarios para dotación de un puesto de trabajo. Las especialidades contempladas por el INSALUD no se han modificado, prácticamente, desde la creación del S.O.E. y por tanto no han evolucionado de acuerdo con las nuevas divisiones del trabajo médico.

Por consiguiente, los aumentos de plantilla están ligados al crecimiento del número de titulares del derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y dada la organización piramidal de asistencia y de la dotación de recursos, los porcentajes se mantienen, siempre, aproximadamente iguales.

Como hemos visto, los especialistas de la asistencia extrahospitalaria del INSALUD suman un total de 17.392 médicos, contabilizando en este grupo a los pediatras. Ello representa el 48% del total de médicos de la asistencia primaria y el 31,5% del total de INSALUD.

Como vemos en la tabla 3.9, su evolución desde 1974 hasta 1982 fue bastante elevada, con 3.932 nuevas plazas, lo que representa un incremento del 29,2% sobre la cifra inicial y de 491 plazas anuales. Teniendo en cuenta que el número de asegurados (beneficiarios más titulares) se incrementó en este período en unos

4.000.000 de personas, se concluye que el INSALUD ha aumentado una plaza de especialista para cada 1.017 personas protegidas que se incorporaron al sistema.

La plantilla real, con 17.382 plazas cubiertas, difiere de la orgánica, en la cual están previstas 18.864 plazas.

La distribución entre las distintas especialidades se detalla en la tabla 3.25, con la suma conjunta de especialistas jefes, ayudantes y jerarquizados.

Dejando aparte la pediatría, especialidad que de hecho se constituye como parte de la medicina de cabecera, las que disponen de mayor número de médicos son las especialidades quirúrgicas como cirugía general, traumatología y, en cierta forma, la oftalmología y ORL. Esta circunstancia debe destacarse, al parecer poco factible que el especialista que visita ambulatoriamente, principalmente el cirujano, no esté conectado con un hospital, donde drenar sus enfermos y poder seguir su evolución y tratamiento.

La distribución entre especialidades no cumple la repartición piramidal del INSALUD en grupos de especialidades, por la que se distinguen tres grupos a los cuales les corresponde un determinado número de cartillas, debiendo ser similar el número de médicos dentro de cada grupo. Ello se debe a que en las especialidades quirúrgicas se adscriben ayudantes al especialista jefe, con lo cual todas se encuentran más dotadas que las especialidades médicas de su mismo grupo:

<u>1er grupo</u>	<u>Jefes</u>	<u>Ayudantes</u>	<u>Total</u>
Cirugía General	851	726	1.577
Traumatología	856	713	1.569
Oftalmología	829	599	1.428
O.R.L.	800	583	1.383
Odontología	866	-	866
Pulmón-corazón	854	-	854
Digestivo	847	-	847
<u>2º grupo</u>	<u>Jefes</u>	<u>Ayudantes</u>	<u>Total</u>
Ginecología	448	375	823
Urología	438	353	791
Dermatología	449	-	449
Neuropsiquiatría	447	-	447
<u>3er grupo</u>	<u>Jefes</u>	<u>Ayudantes</u>	<u>Total</u>
Endocrinología	265	-	265

En las especialidades de Análisis Clínicos y Radiología se han dotado plazas jerarquizadas, siendo su distribución entre:

	<u>Jefes</u>	<u>Ayudantes</u>	<u>Total</u>
Análisis Clínicos	748	228	976
Radiología	689	219	908

Siguiendo con la tabla 3.25, se observa el índice de beneficiarios (no cartillas ni habitantes) por médico y el número de médicos por 10.000 beneficiarios. Destaca en este último índice la cifra global de 5,5 médicos por

10.000 beneficiarios que es bastante alta, puesto que sólo incluyendo los especialistas estrahospitalarios del INSALUD, ya representa más de la mitad de la tasa de todos los especialistas del conjunto de países de la CEE, que en el año 1978 era de 8,6 especialistas por 10.000 habitantes, sin contabilizar la odontología.

La tasa de 5,5 se corresponde con la que hemos comentado (en el punto 3.2.4.) para toda la población, no sólo beneficiarios del INSALUD, que era de 4,56 especialistas por 10.000 habitantes.

3.2.3. La asistencia hospitalaria en el INSALUD

Número de médicos

El número de los médicos hospitalarios que trabajan en el INSALUD, a diciembre de 1982, es de 18.944; significa el 34,3% de todos los médicos del INSALUD, el 18% de los médicos españoles o el 39,6% de todos los médicos de hospitales. De estos médicos, 3.262 (17,2%) están en período de formación MIR y 15.682 (82,8%) son especialistas.

Como indicamos anteriormente, faltan cubrir 2.007 plazas de la plantilla teórica de los hospitales del INSALUD.

De los 18.944 médicos del INSALUD dependen 56.266 camas hospitalarias para agudos, propiedad de dicho organismo. El índice camas/habitantes es de 1,48 camas por cada 1.000 habitantes o de 1,71 por mil beneficiarios.

En la actualidad se encuentran en construcción 9.689 camas, lo que elevaría los índices a 1,73 y 2,00, respectivamente, una vez en funcionamiento y sin modificación del número de médicos.

Las 56.266 camas de agudos del INSALUD representan el 28% de todas las camas de agudos existentes en la red hospitalaria pública. El INSALUD posee también un exiguo 5,6% en camas de larga estancia, en el sector público.

Indicadores	Camas de agudos en funcionamiento INSALUD - 1982	Camas totales (fun. + const.) INSALUD - 1982
camas	56.266	65.955
camas/1.000 hab.	1,48	1,71
camas/1.000 benef.	1,73	2,00
médicos/cama	0,34	0,29
camas/médico	2,97	3,58

Así pues, mientras el personal médico del INSALUD representa un 40% aproximadamente del personal médico hospitalario, sus camas se sitúan en torno al 30% de las camas hospitalarias para agudos.

El índice de camas del INSALUD por médico que trabaja en dicho organismo, varía notablemente entre las CC.AA., con un máximo de 4.46 en Extremadura y un mínimo de 1.85 en Aragón (tabla 3.27), siendo la media de 3.58.

Distribución territorial de los médicos de hospitales del INSALUD

La distribución de médicos de los hospitales del INSALUD en las distintas CC.AA. debe ser interpretada a la luz de la importancia que la oferta privada tiene en algunas de ellas. Así, Cataluña, que tiene densidades bajas en este apartado, tiene en cambio densidades altas cuando analizamos médicos hospitalarios totales.

Podría pensarse que, como mínimo estos datos son reflejo de la oferta pública y por tanto de las diferencias de esta oferta entre CC.AA. Sin embargo, esto no es cierto ya que una buena parte de la red privada presta servicios concertados por el sector público.

Aún así, incluimos estos datos como complementarios de los que más adelante se referirán.

Las tablas 3.28, 3.29 y 3.30 muestran los números absolutos y las densidades de médicos hospitalarios del INSALUD por CC.AA. con datos procedentes de las plantillas reales a Diciembre de 1982.

Para Análisis Clínicos, la mayor oferta se da en Aragón con 5,42 médicos por 100.000 habitantes y la menor, dejando de lado a Cataluña (donde el 60% de camas hospitalarias son privadas), corresponde a Galicia con 1,43 y a Canarias con 1,76. Para Anestesiología, Aragón tiene una densidad de 6,89 médicos por 100.000 habitantes y el País Vasco de 2,17, viniendo a continuación Galicia con 2,4 y Canarias con 2,74. La densidad mayor de cardiólogos en hospitales del INSALUD se dió en Cantabria con 1,37 y la menor, exceptuando Cataluña, en el País Vasco con 0,08 y en las Baleares con 0,14.

Una vez más, Aragón registra la densidad máxima de especialistas hospitalarios de Cirugía General y Digestiva con 5,77 y Galicia la menor con 1.

Para Medicina Intensiva, la densidad mayor es la de Cantabria con 7,09 intensivistas por 100.000 habitantes, mientras que el extremo opuesto corresponde a Galicia con 1,11.

Castilla-León tiene la densidad mayor de Medicina Interna con 6,9 y la menor densidad es la de Canarias con 1,37.

En la especialidad de Obstetricia y Ginecología, Aragón tiene una densidad de 5,25 muy semejante a la de Murcia con 5,2; en cambio Madrid, en el polo opuesto, tiene una densidad de 1,83.

En la especialidad de Pediatría, la densidad mayor es la de Castilla-León con 5,92 y las densidades menores son las de La Rioja con 0,41 y Navarra con 2,01.

En Radiodiagnóstico, Asturias ocupa la primera posición con 5,42 médicos por 100.000 habitantes (médicos hospitalarios del INSALUD) y Navarra ocupa la última con 1.

Castilla-León tiene la mayor densidad de especialistas hospitalarios del INSALUD de Traumatología con 4,45, mientras que la menor densidad es la de Navarra con 1,81. En Hematología y Hemoterapia, las densidades extremas son las de Asturias (3,06) y Navarra (1).

Distribución por especialidades

La distribución de los especialistas hospitalarios del INSALUD se presenta en la tabla 3.32 de forma desagregada e indicando los especialistas por cada 10.000 habitantes, con exclusión de los médicos que se encuentran aún en período de formación.

Los médicos de los hospitales del INSALUD aportan 4,11 especialidades por cada 10.000 habitantes a la tasa de 8,66 especialistas del INSALUD por cada 10.000 habitantes de España, que hemos contabilizado en el punto 3.2.4.; esto significa, que el 47,3% del total de especialistas del INSALUD lo son de hospitales.

Agrupando las especialidades obtenemos los datos de la tabla 3.33 que nos permiten comparaciones sobre la distribución de especialistas del INSALUD con los datos disponibles para el conjunto del sector hospitalario y que se corresponden al año 1979.

Se pueden observar algunas diferencias; las más importantes se refieren a los médicos psiquiatras y los de servicios centrales. Diferencias menores se dan en cirugía general y especialidades y entre los médicos en formación. Los pediatras y los médicos internistas mantienen porcentajes similares.

En la tabla 3.28 se relaciona cada especialidad con su distribución territorial en las CC.AA.

3.2.4. Otros médicos del sector público

AISNA

La AISNA (Administración Institucional de Sanidad Nacional) está formada por el Instituto Nacional de Sanidad, con funciones de investigación y control a través de los Centros Nacionales de Majadahonda y, en segundo lugar, por los Centros Sanitarios con funciones asistenciales, tales como hospitales y dispensarios.

En la actualidad la AISNA tiene 1.560 médicos que se reparten de la siguiente manera: 228 médicos (14,6%) en los C.N. de Alimentación y Nutrición, C.N. de Farmacología, y C.N. de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitaria del Instituto Nacional de Sanidad; 198 (12,7%) en dispensarios y 1.134 (72,7%) en hospitales. Las plazas vacantes representan el 8,6% del total de plazas.

Del total de médicos extrahospitalarios, más del 50% trabajan en dispensarios de enfermedades del tórax y Tisiología. En la distribución por hospitales vemos que el número de médicos en los hospitales de enfermedades del tórax representa el 40,3% del total de médicos hospitalarios. Este elevado número de médicos dedicados a la patología respiratoria se debe a que unas de las funciones principales de la AISNA ha sido la prevención y curación de la tuberculosis en nuestro país.

El otro grupo importante en número de médicos es el de los Centros Especializados que representa el 41,2% de los médicos hospitalarios (tablas 3.34 y 3.35).

En la distribución territorial se observan fuertes desequilibrios; el 53,5% de los médicos trabajan en el provincia de Madrid mientras que el resto de las CCAA no llega ninguna a tener más del 15%. Esta concentración de personal sanitario se explica en gran parte debido a la centralización en Madrid del I.N.S. y parte de los Centros Especializados.

En la actualidad hay una baja productividad de los servicios sanitarios prestados por la AISNA debido a la disminución de la prevalencia de la tuberculosis en nuestro país. Tanto por esta razón, como por un intento de racionalizar mejor la estructura organizativa del sector público, se inició hace poco tiempo el proceso de integración de esta institución en el INSALUD.

Corporaciones Locales

Los últimos datos correspondientes al personal médico que trabaja en las Corporaciones Locales, Ayuntamientos y Diputaciones-Cabildos, datan del año 1979 y han sido obtenidos a partir de la "Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado - 1979" del INE, publicados en 1983.

Las Corporaciones Locales tienen médicos en plantilla debido a diversas motivaciones que vamos a reseñar. Las Diputaciones-Cabildos, en cumplimiento de la Ley de Bases de Sanidad y de la Ley de Régimen Local, deben cubrir la asistencia psiquiátrica (que no cubre el INSALUD) y la materno-infantil, a cargo de la beneficencia provincial. Por dicho motivo, las Diputaciones lle-

gan a ocupar, en el año 1979, hasta 4.536 médicos en la asistencia hospitalaria (ver tablas 3.36 y 3.37), siendo prácticamente inexistente su aportación en la primaria.

Por su parte, todos los municipios están obligados por las mismas leyes a disponer de botiquines o puestos de socorro (según número de habitantes). Estas obligaciones han sido históricamente ampliadas por mayor disponibilidad de recursos municipales o como consecuencia de disponer, los municipios grandes, cartas de régimen especial o bien de administrar antiguos hospitales municipales o de ámbito comarcal. A todo ello, deberíamos añadir el auge que, en los últimos años y desde los Ayuntamientos, se ha dado a los equipos de salud escolar, de higiene mental y de planificación familiar, principalmente.

Así pues, siguiendo las tablas 3.36 y 3.37, observamos que el número de médicos que pertenecen a los municipios y que trabajan en hospitales es de 1.172, en el año 1979.

Por consiguiente, el total de médicos que dependen de las Corporaciones Locales (Ayuntamientos y Diputaciones-Cabildos) es de 5.708 en los hospitales y de 1.500 en la asistencia primaria, esta última cifra por simple estimación obtenida de la confrontación de diversos datos parciales, al no disponer de un número oficial publicado.

En los hospitales, al analizar la distribución de los médicos por especialidad (tabla 3.36), destaca el número dedicado a medicina interna y especialidades y el

de cirugía general y especialidades. Sorprende el elevado número de médicos en formación, que de hecho se constituye en el primer grupo. Considerando la distribución del total de médicos de los hospitales españoles (ver tabla 3.33), sobresale que mientras los psiquiatras representan sólo el 3,4% del total, en las Corporaciones Locales este grupo llega a ser el 8%. Si sólo tenemos en cuenta las Diputaciones, el porcentaje casi llega al 10% (9,7%).

En la tabla 3.37 se agrupan los hospitales según su actividad; de esta forma sobresale el elevado número de médicos que está trabajando en hospitales generales, el 82% entre los de Diputaciones y el 60,8% en los de Municipios.

Médicos de hospitales clínicos

Poca información está disponible para el colectivo de médicos que trabaja en los hospitales clínicos, la práctica totalidad dependiendo del Ministerio de Educación y Ciencia.

Siguiendo la tabla 3.41, se observa que el número total de médicos que trabaja en los hospitales clínicos, en el año 1979, es de 4.306.

La distribución de los médicos entre especialidades es de:

- medicina interna y especialidades	673	(15,6%)
- cirugía general y especialidades	650	(15,1%)
- obstetricia y ginecología	170	(3,9%)
- pediatría	223	(5,2%)
- psiquiatría	109	(2,5%)
- médicos de guardia	282	(6,5%)
- en formación	1.304	(30,3%)
- servicios centrales	895	(20,8%)
	<hr/>	
TOTAL	4.306	(100%)

Otros

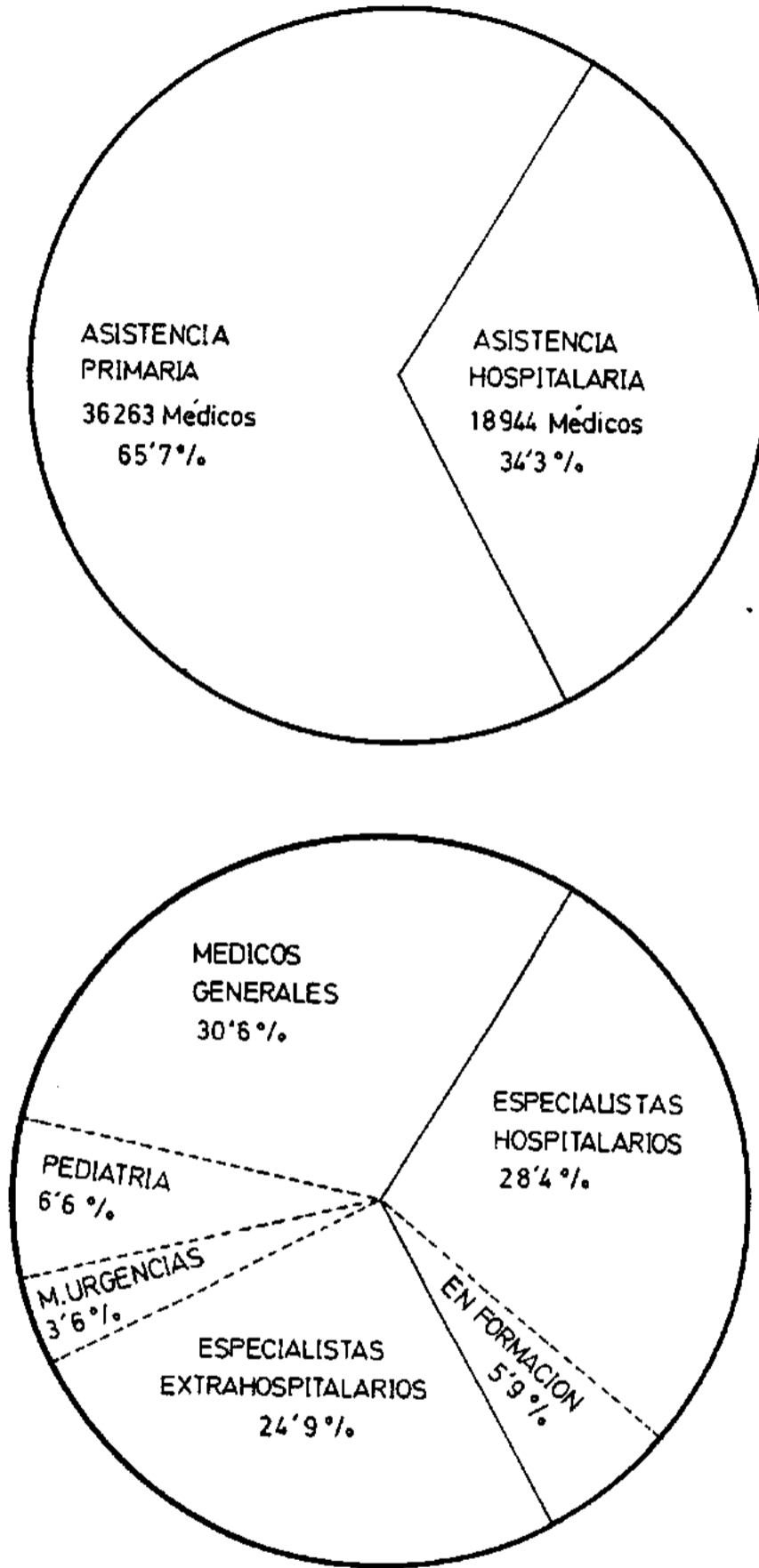
Finalmente, para terminar con este recuento de médicos, o mejor dicho, de puestos de trabajo para médicos, en el sector sanitario público, incluimos la tabla 3.38. En ella se detalla la distribución, en CC.AA., de diversos grupos de especialización médica, no tratados hasta ahora.

El total nacional de estos grupos se reparte entre:

- Cuerpo Médico de Sanidad Nacional	76
- Inspectores médicos del INSALUD	530
- Médicos epidemiólogos	49
- Médicos del Ministerio de Justicia	832

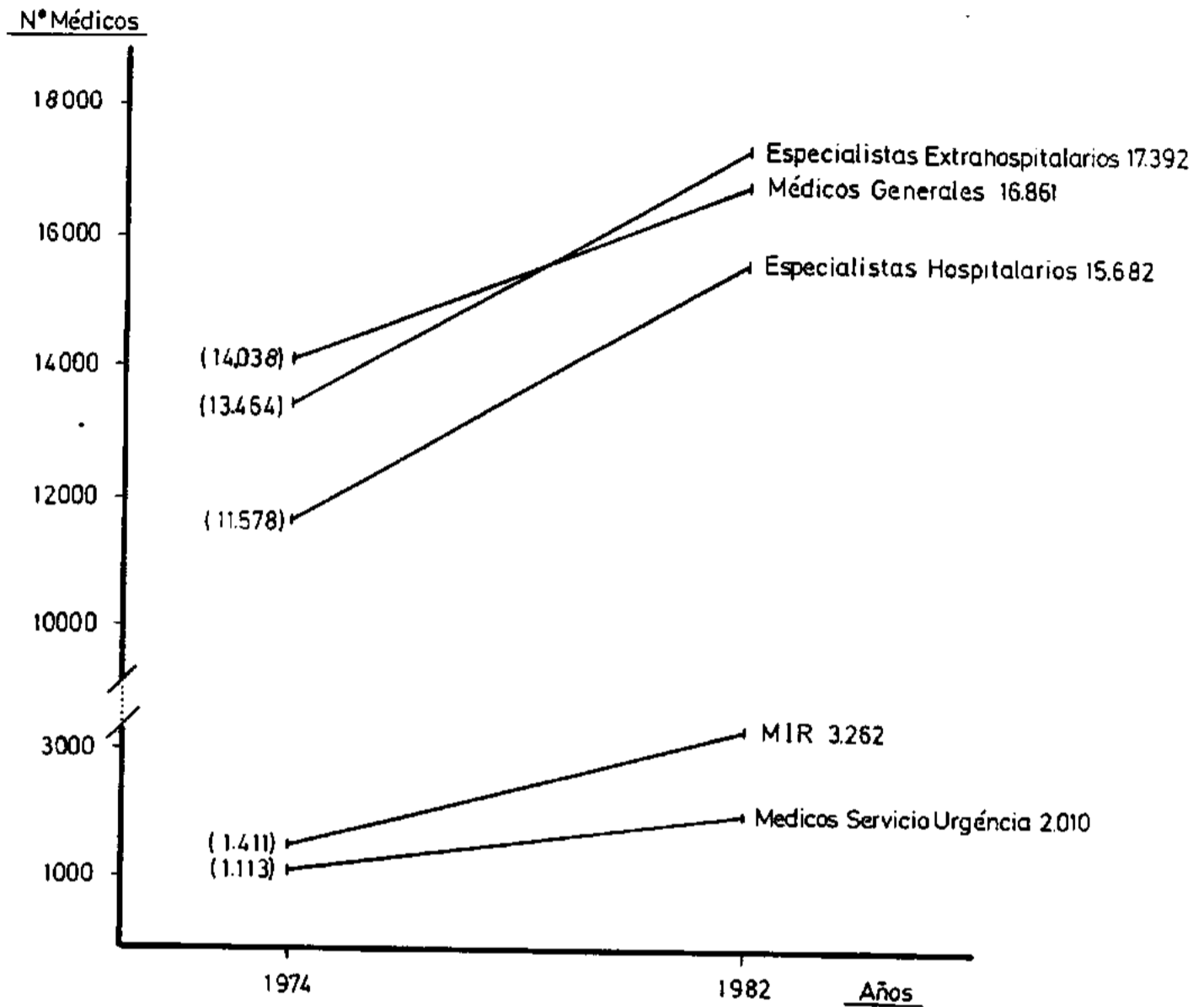
Además de estos grupos de médicos, están unos 1.300 médicos militares, dependientes del Ministerio de Defensa.

FIGURA 3.1. LOS MEDICOS EN EL INSALUD 1982.



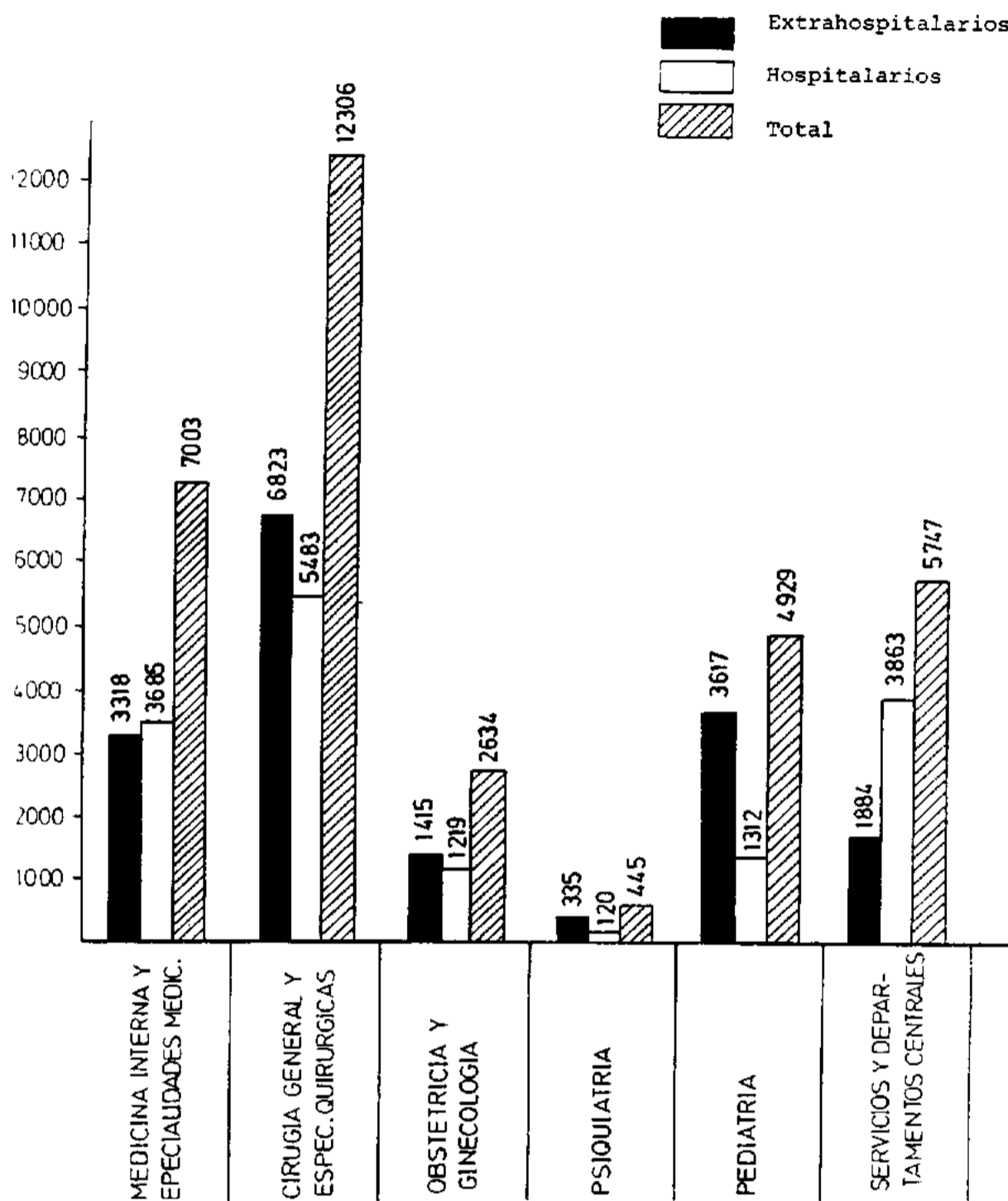
Fuente: Elaboración propia: Subdirección General de Hospitales. INSALUD: Plantillas (XII-82). Boletín de indicadores sanitarios, INSALUD. 1984; 4 y 5.

FIGURA 3.2. EVOLUCION DE LAS PLANTILLAS DE MEDICOS DEL INSALUD (1974-1982)



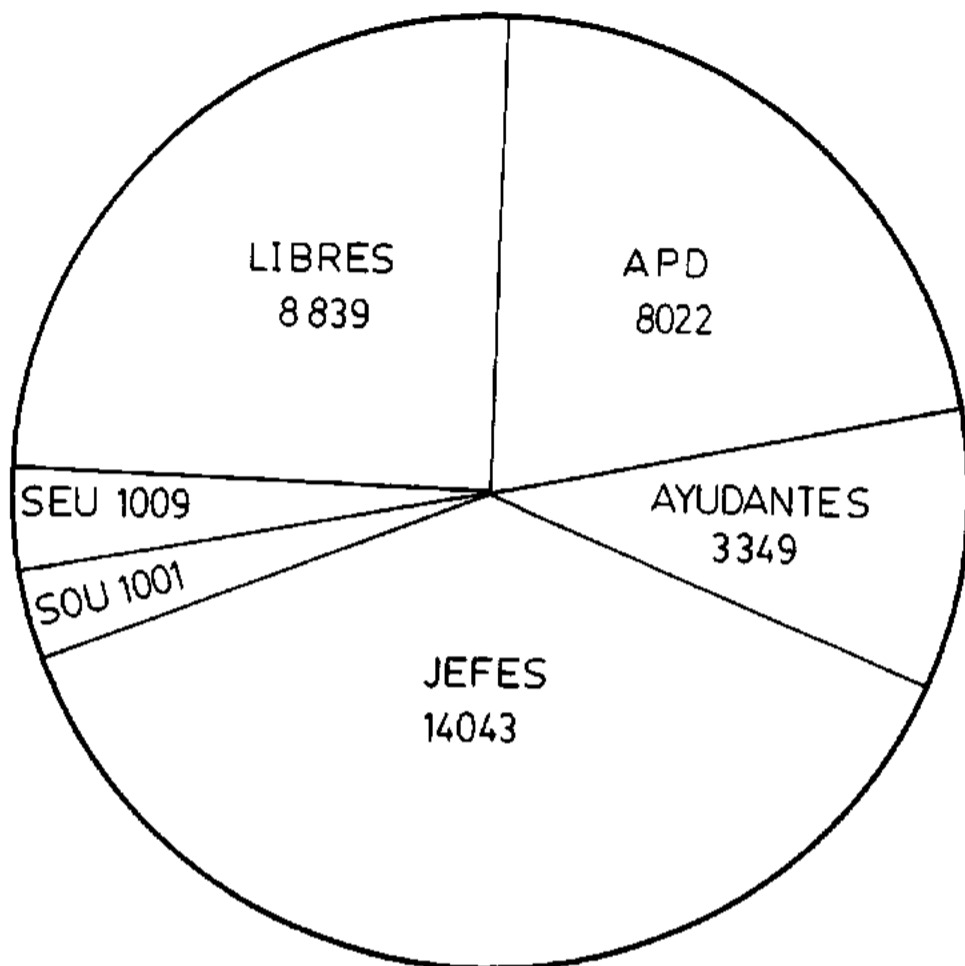
Fuente: Elaboración propia a partir de "Análisis Sociológico de la Asistencia Sanitaria" (libro rosa); datos de la Subdirección General de Personal del INSALUD; Boletín de Indicadores Sanitarios, nº 4 y 5. INSALUD 1984.

FIGURA 3.3. AGRUPACION DE LOS ESPECIALISTAS HOSPITALARIOS Y ASISTENCIA PRIMARIA DEL INSALUD SEGUN CRITERIO DEL INE. (1982).



Fuente: Referencia figura 3.1. Elaboración propia.

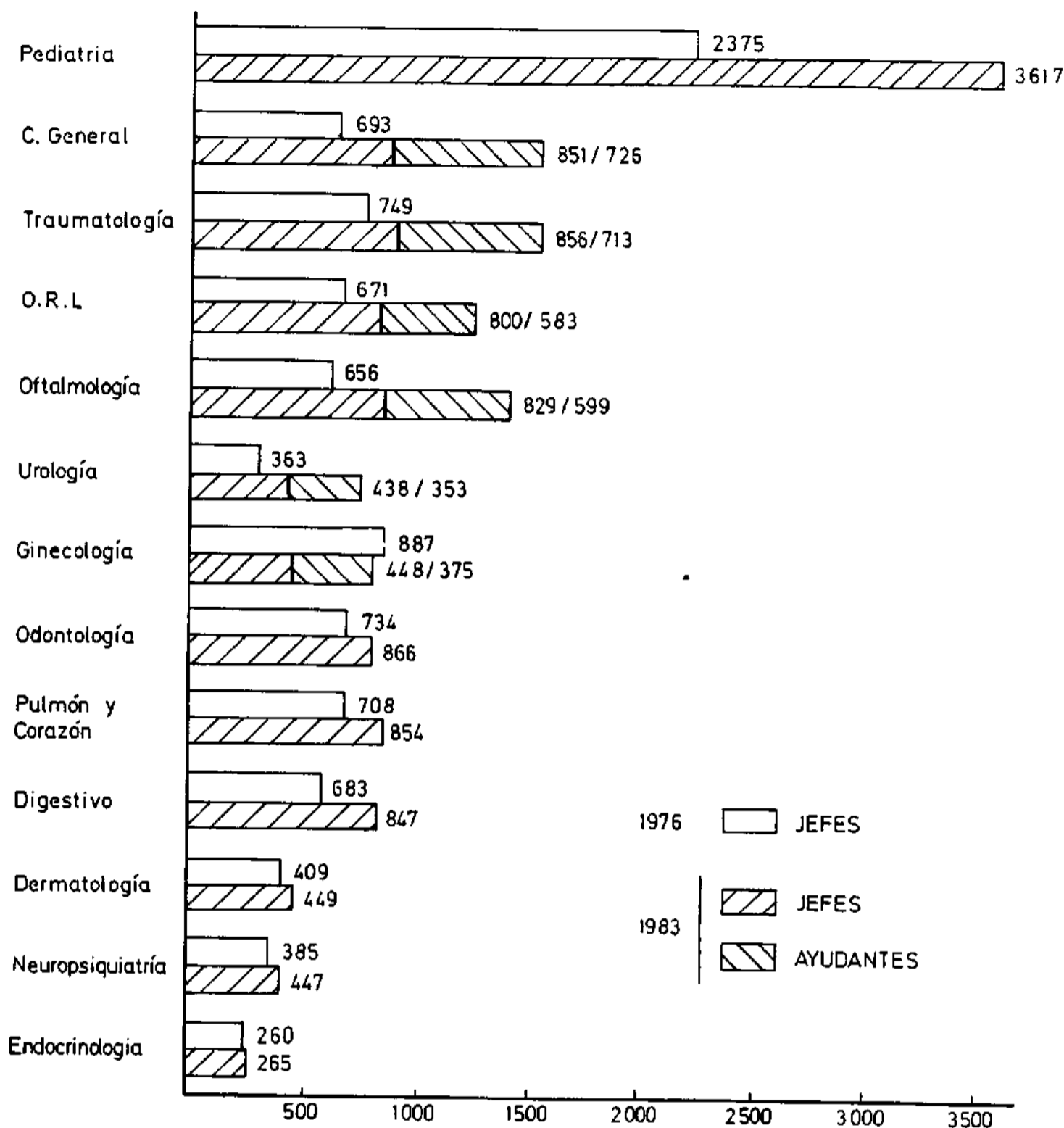
FIGURA 3.4. PERSONAL FACULTATIVO NO JERARQUIZADO DEL INSALUD POR MODALIDADES (1983).



(1) SEU y SOU y APD de Cataluña son plantillas orgánicas de 1983.

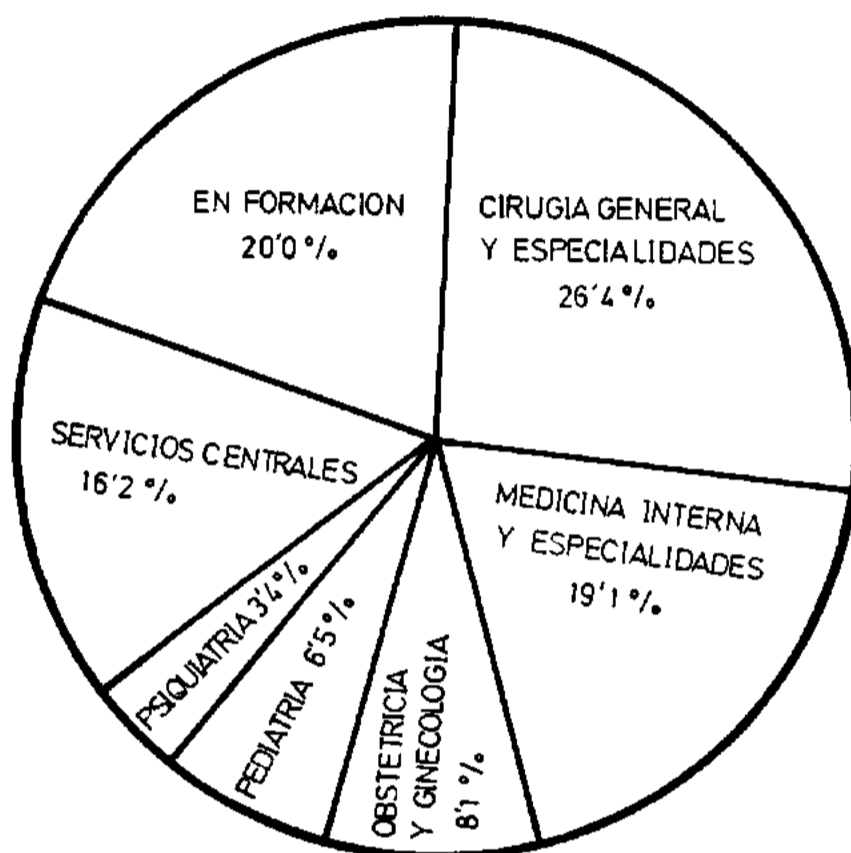
Fuente: Boletín de indicadores sanitarios, nºs. 4 y 5 INSALUD. Madrid 1984.
Elaboración propia.

FIGURA 3.5. NUMERO DE MEDICOS ESPECIALISTAS NO JERARQUIZADOS DEL INSALUD. DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES. 1976 Y 1983.



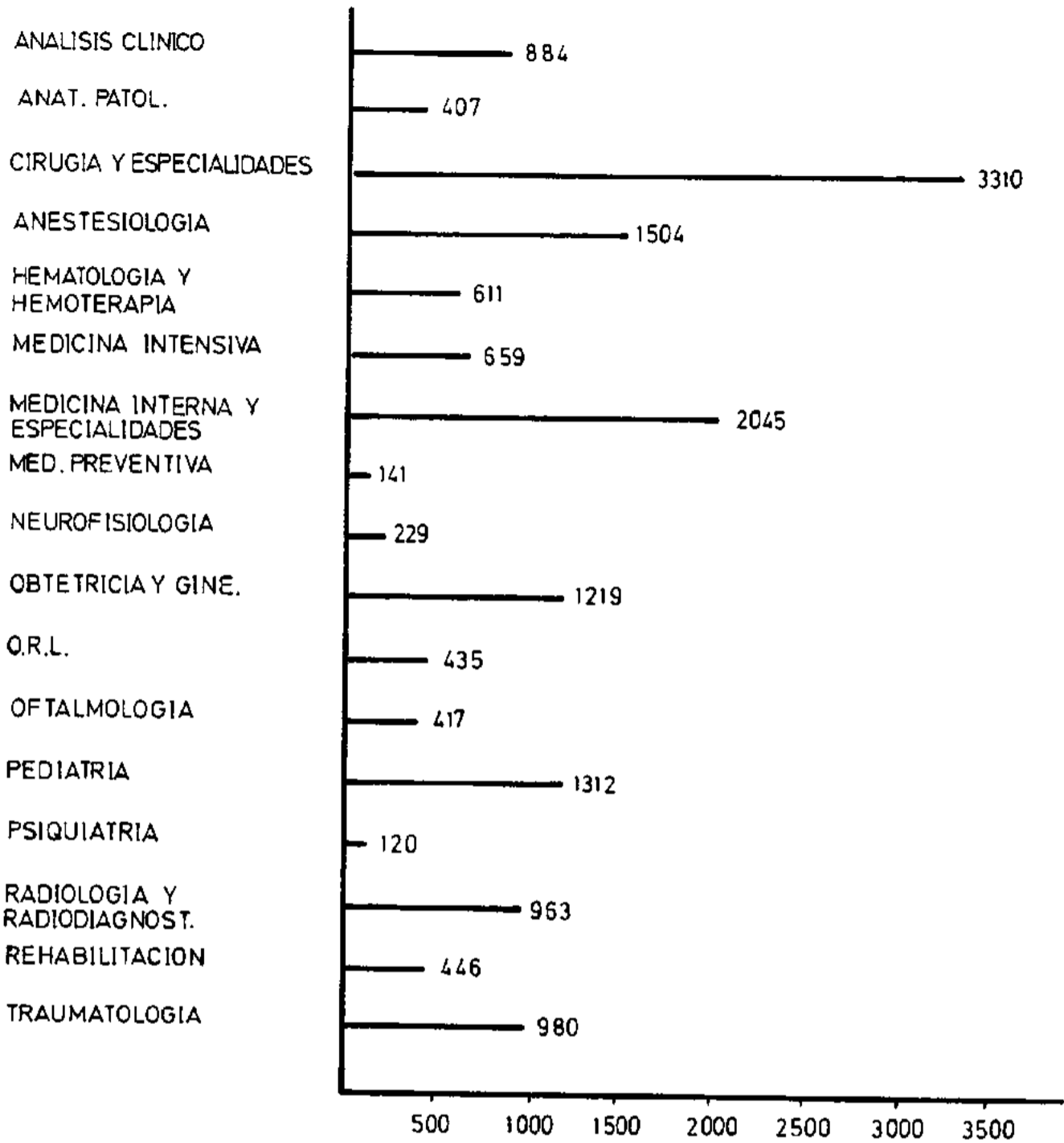
Fuente: Boletín de indicadores sanitarios nº 4 y 5 INSALUD (1984).
 Subdirección general de personal del INSALUD. Elaboración propia.
 Estadística de establecimientos sanitarios, 1981.
 Departamento de Sanidad y SS, Generalitat de Catalunya.

FIGURA 3.6. MEDICOS HOSPITALARIOS DEL INSALUD POR ESPECIALIDADES (1983).



Fuente: Subdirección General de Hospitales. INSALUD: plantillas reales (XII-82). Elaboración propia.

FIGURA 3.7. MEDICOS HOSPITALARIOS DEL INSALUD POR ESPECIALIDADES (1983).



(*) No se incluye los MIR.

Fuente: Subdirección General de Hospitales. INSALUD. Plantillas reales. Diciembre 1982.

TABLA 3.9. EVOLUCION DE LOS STOCKS DE MEDICOS EN EL INSALUD (1974-1982)

MEDICOS MENTO	1974 (a)	1982 (b)	(b-a)	% DE INCRE- MENTO	INCREM. ANUAL (Nº/año)
Generales	14.038	16.861	2.823	20,1	353
De urgencias	1.113	2.010	897	80,6	112
Especialistas extrahosp.	13.464	17.392	3.932	29,2	491
Especialistas Hospitalarios	11.578	15.682	4.104	35,4	513
MIR	1.411(1)	3.262	-	-	-
TOTAL	41.604	55.207	13.603	32,7	1.700

(1) La cifra se corresponde a la mitad de las plazas convocadas ese año y que estimamos se formarían en hospitales del INSALUD.

Fuente: Elaboración propia a partir de "Análisis Sociológico de la Asistencia Sanitaria" (libro rosa); datos de la Subdirección General de personal del INSALUD; Boletín de Indicadores Sanitarios, nº 4 y 5. INSALUD. 1984.

TABLA 3.10 EVOLUCION DE LOS INDICADORES DE DOTACION DE PERSONAL MEDICO DEL INSALUD 1974-1977-1982

INDICADOR	1974		1977		1982	
nº médicos x 10.000 hab. (total en España)	15,3	(54.392)	16,8	(61.234)	27,7	(104.537)
nº médicos asistencia primaria INSALUD x 10.000 asegurados	10,3	(28.615)	-----		11,3	(36.263)
nº especialistas extra- hospitalarios INSALUD x 10.000 asegurados	4,8	(13.464)	5,3	(16.088)	5,5	(17.392)
nº especialistas hospita- larios (1) INSALUD x 10.000 asegurados	5,2	(14.401)	5	(15.585)	5,9	(18.944)
nº especialistas INSALUD (1) x 10.000 asegurados	10,0	(27.865)	10,3	(31.943)	11,4	(36.336)
nº camas/médico (total) hospital	5,0	(170.433 camas)	4,5	(194.097)	4,6	(203.819) (3)
nº camas x 1.000 hab.	4,8		5,35		5,6 (3)	
nº camas/médico (INSALUD) hospital	2,8	(40.256 camas)	2,9	(45.582 camas)	3,0	(56.266 camas) (2)
nº camas/1.000 asegurados	1,45		1,51		1,73	

Nota: Entre paréntesis figuran las cifras absolutas (1) se incluyen los MIR (2) año 1983 (3) año 1979.

Fuente: Elaboración a partir de datos del INE y del INSALUD.

TABLA 3.11. PLANTILLAS ORGANICAS Y REALES DEL INSALUD-1982.

MEDICOS	PLANTILLA ORGANICA (a)	PLANTILLA REAL (b)	DIFERENCIA (b-a)
Generales	17.050	16.861	189 (1,1%)
Especialistas Extrahospitalarios	18.864	17.392	1.472 (7,8%)
De Urgencias	2.158	2.010	148 (6,8%)
Especialistas	17.689	15.682	2.007 (11,4%)

TOTAL	55.761	51.945	3.816 (6,8%)

El porcentaje está calculado sobre la plantilla orgánica. No se incluyen los MIR.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Plantillas orgánicas-1982. Subdirección General de Personal. INSALUD. Madrid. y del Boletín de indicadores sanitarios. INSALUD. Madrid. 1984. nº 4, 5, y 6.

TABLA 3.12 MEDICOS ESPECIALISTAS DEL INSALUD POR 10.000 HABITANTES. (1982)

Alergiología	0,015	Análisis Clínicos	0,459
Anatomía Patológica	0,107	Anestesiología	0,395
Angiología - C. Vasc.	0,016	Aparato Digestivo	0,263
Bioquímica Clínica	0,029	Cardiología (1)	0,167
Cirugía General	0,674	Cirugía Cardiovascular	0,040
Cirugía Maxilofacial	0,038	Cirugía Pediátrica	0,071
Cirugía Torácica	0,019	Cirugía Plástica	0,044
Dermatología	0,139	Endocrino y Nutrición	0,097
Farmacología Clínica	0,043	Hematología y Hemot.	0,160
Inmunología	0,011	Medicina Intensiva	0,173
Medicina Interna	0,287	Medicina Nuclear	0,037
Microbiología	0,043	Nefrología	0,063
Neumología (1)	0,149	Neurocirugía	0,062
Neurofisiología	0,060	Neurología (2)	0,065
Obstetricia y Gineco.	0,692	Oftalmología	0,484
Oncología Médica	0,006	Oncología radioter.	0,021
O.R.L.	0,477	Pediatría	1,294
Psiquiatría (2)	0,119	Radiodiagnóstico	0,454
Rehabilitación	0,117	Reumatología	0,017
Traumatología y Ort.	0,669	Urología	0,316
Medicina Preventiva	0,037	Odontología y Estomato.	0,232

 TOTAL especialistas por 10.000 hab.....8,66

(1) Los especialistas extrahospitalarios de corazón y pulmón se reparten al 50% entre cardiología y neumología.

(2) Los especialistas extrahospitalarios de neuropsiquiatría se reparten un 25% a neurología y un 75% a psiquiatría.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plantillas reales de médicos hospitalarios y extrahospitalarios, a diciembre de 1982. Elaboración propia.

TABLA 3.13. AGRUPACION DE LOS ESPECIALISTAS HOSPITALARIOS Y DE ASISTENCIA PRIMARIA DEL INSALUD SEGUN CRITERIOS DEL INE (1). 1982.

CLASIFICACION	ASISTENCIA PRIMARIA (2)		HOSPITALARIA		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	% (3)
Medicina interna y especialidades	3.318	19,1	3.685	23,5	7.003	21,2
Cirugía general y especialidades	6.823	39,2	5.483	35,0	12.306	37,2
Obstetricia y ginecología	1.415	8,1	1.219	7,8	2.634	8,0
Pediatría	3.617	20,8	1.312	8,4	4.929	14,9
Psiquiatría	335	1,9	120	0,8	455	1,4
Servicios y Departamentos Centrales	1.884	10,8	3.863	24,6	5.747	17,4
TOTAL	17.392	100,0	15.682	100,0	33.074	100,0
						8,6

(1) Estadística de Establecimientos con Régimen de Internado. Se excluye médicos generales y en formación.

(2) Sólo se consideran los especialistas extrahospitalarios, incluyendo a los pediatras.

(3) Especialistas por 10.000 hab. (población total, no asegurados).

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Plantillas reales de médicos hospitalarios y extrahospitalarios, a diciembre de 1982. Elaboración propia.

TABLA 3.14. STOCK DE MEDICOS EN EL INSALUD. DISTRIBUCION POR CC.AA. Y LUGAR DE TRABAJO (XII-1982).

C C. A A	ASISTENCIA PRIMARIA				ESPECIALISTAS		TOTAL
	Médico gral.	Pediatria	Urgencias (2)	ESPECIALISTAS			
				Extrahospital. (3)	Intrahospital. (4)		
Andalucía (1)	2.319	554	424	2.000	3.025	8.322	
Aragón	777	101	60	416	920	2.274	
Asturias	449	123	51	450	691	1.764	
Baleares	281	78	35	253	296	943	
Canarias	414	105	70	381	442	1.412	
Cantabria	216	41	31	171	356	815	
Castilla la Mancha	978	81	53	483	698	2.293	
Castilla Leon	2.059	154	79	834	1.591	4.717	
Cataluña	2.492	583	434	2.421	1.296	7.226	
C. Valenciana	1.453	350	155	1.246	1.600	4.808	
Extremadura	588	49	40	259	394	1.330	
Galicia	1.082	236	81	750	770	2.919	
La Rioja	161	22	12	100	96	391	
Madrid	2.142	752	236	2.187	2.180	7.497	
Murcia	311	111	99	297	442	1.280	
Navarra	247	38	19	192	143	639	
País Vasco	872	239	131	743	742	2.727	
TOTAL	16.861	3.617	2.010	13.775	15.682	51.945	

(1) Se incluye Ceuta y Melilla.

(2) Plantillas orgánicas de 1983.

(3) La especialidad de Tocología no se incluye en la distribución por CC.AA., aunque sí en el total.

(4) No se incluyen los MIR.

Fuente: Boletín de indicadores sanitarios, nº 4 y 5, INSALUD (1984).
 Subdirector general de hospitales. INSALUD.: Plantillas reales XII-82
 Mapa Sanitari de Catalunya. ICS (1984).

TABLA 3.15. STOCK DE MEDICOS EN EL INSALUD E INDICADORES POR CC.AA. Y TIPO DE ASISTENCIA. (XII -1982).

CC.AA.	ASISTENCIA PRIMARIA (1)			ESPECIALISTAS (2)			TOTAL	
	Nº.	Benef. Médico	Médico 10.000 Ben.	Nº. (3)	Benef. Médico	Médico 10.000 Ben.	Nº.	Benef. Médico
Andalucía (4)	3.297	1.762	5,67	5.025	1.156	8,65	8.322	698
Aragón	938	1.143	8,77	1.336	802	12,49	2.274	471
Asturias	623	1.600	6,23	1.141	874	11,41	1.764	565
Baleares	394	1.539	6,46	549	1.105	9,00	943	643
Canarias	589	2.170	4,60	823	1.553	6,43	1.412	905
Cantabria	288	1.564	6,40	527	855	11,71	815	553
Castilla la Mancha	1.112	1.294	7,72	1.181	1.218	8,20	2.293	627
Castilla Leon	2.292	995	10,05	2.425	940	10,64	4.717	483
Cataluña	3.509	1.502	6,66	3.717	1.416	7,05	7.226	729
C. Valenciana	1.958	1.648	6,06	2.846	1.134	8,81	4.804	672
Extremadura	677	1.373	7,28	653	1.423	7,02	1.330	699
Galicia	1.399	1.740	5,76	1.520	1.601	6,26	2.919	834
La Rioja	195	1.149	8,86	196	1.143	8,91	391	573
Madrid	3.130	1.336	7,49	4.367	958	10,45	7.497	556
Murcia	541	1.569	6,36	739	1.148	8,69	1.280	663
Navarra	304	1.472	6,76	335	1.336	7,44	639	700
Pais Vasco	1.242	1.521	6,57	1.485	1.272	7,90	2.727	693
TOTAL	22.488	1.482	6,74	29.457	1.133	8,83	51.945	641

(1) Medicina general, pediatría y urgencias.

(2) Intra. y extrahospitalarios.

(3) La especialidad de Tocología no se incluye en la distribución por CC.AA., aunque sí en el total. No se incluyen los médicos en formación

(4) Se incluye Ceuta y Melilla. Elaboración propia.

Fuente: Boletín de indicadores sanitarios, nº 4 y 5, INSALUD (1984). Subdirector general de hospitales. INSALUD.: Plan-tillas reales XII-82

TABLA 3.16. PERSONAL FACULTATIVO INTRAHOSPITALARIO Y DE ASISTENCIA PRIMARIA DEL INSALUD POR CC.AA. (XII-1982).

CC.AA.	INTRAHOSPITALARIO	ASISTENCIA PRIMARIA	TOTAL
Andalucía	3.025	5.297	8.322
Aragón	920	1.354	2.274
Asturias	691	1.073	1.764
Baleares	296	647	943
Canarias	442	970	1.412
Cantabria	356	459	815
Castilla La Mancha	698	1.595	2.293
Castilla Leon	1.591	3.126	4.717
Cataluña	1.296	5.930	7.226
Comunidad Valenciana	1.600	3.204	4.804
Extremadura	394	936	1.330
Galicia	770	2.149	2.919
La Rioja	96	295	391
Madrid	2.180	5.317	7.497
Murcia	442	838	1.280
Navarra	143	496	639
País Vasco	742	1.985	2.727

TOTAL	15.682	36.263	51.945

Nota: La especialidad de Tocología no se incluye en la distribución por CC.AA. aunque sí en el total. No se incluyen los MIR.

Fuente: Boletín de indicadores sanitarios nº 4 y 5 INSALUD (1984). Subdirección general de hospitales: Plantillas reales XII-82. Mapa sanitario de Cataluña. ICS (1984). Elaboración propia.

TABLA 3.17. RATIO DE HABITANTES POR MEDICO: CC.AA. CON DENSIDAD MAXIMA/CC.AA. CON MINIMA DE MEDICOS DE ATENCION PRIMARIA (MEDICINA GENERAL Y PEDIATRIA).

	DENSIDAD MAXIMA	DENSIDAD MINIMA	RATIO
Medicina General	Madrid 873	Extremadura 3.610	4,13
Pediatría	Aragón 1.373	Canarias 2.765	2,01

(1) Densidad calculada con la población < 7 años.

(2) Densidad calculada con la población > 7 años.

Fuente: Subdirección General de atención primaria. Informe xerocopiado 1984. Elaboración propia.

TABLA 3.18. DENSIDADES DE MEDICOS DE ASISTENCIA PRIMARIA (PEDIATRAS Y MEDICOS GENERALES). DISTRIBUCION POR CC.AA. (EXCEPTO CATALUÑA) 1984.

	POBLACION DE 7 AÑOS POR PEDIATRIA	POBLACION DE 7 AÑOS POR MEDICO GENERAL
Andalucía	1.833	2.375
Aragón	1.429	1.373
Asturias	1.146	2.226
Baleares	1.171	2.092
Canarias	2.336	2.765
Cantabria	1.720	2.069
Castilla - La Mancha	2.865	1.447
Castilla - León	2.698	2.205
Comunidad Valenciana	1.509	2.215
Extremadura	3.610	1.500
Galicia	1.618	2.294
La Rioja	1.515	1.404
Madrid	873	1.950
Murcia	1.455	2.488
Navarra	1.952	1.796
País Vasco	1.452	2.090

Fuente: Referencia tabla 3.17.

TABLA 3.19. DENSIDADES DE MEDICOS DE ASISTENCIA PRIMARIA (PEDIATRAS Y MEDICOS GENERALES) DISTRIBUCION POR PROVINCIAS.

CCAA	PROVINCIA	POBLACION < DE 7 AÑOS POR PEDIATRIA	POBLACION > DE 7 AÑOS POR MEDICO GENERAL
ANDALUCIA	Almería	3.640	2.128
	Cádiz	2.578	2.954
	Córdoba	1.642	2.212
	Granada	1.150	2.075
	Huelva	1.829	1.786
	Jaén	2.584	2.215
	Málaga	1.816	2.489
	Sevilla	1.699	2.655
	TOTAL	1.833	2.375
ARAGON	Huesca	1.636	1.205
	Teruel	2.503	858
	Zaragoza	1.317	1.614
	TOTAL	1.429	1.373
ASTURIAS		1.146	2.226
BALEARES		1.171	2.092
CANARIAS	Las Palmas	2.477	2.631
	Sta.Cruz Tenerife	2.229	2.925
	TOTAL	2.336	2.765
CANTABRIA		1.720	2.069
CASTILLA- LA MANCHA	Albacete	2.414	1.980
	Ciudad Real	2.916	2.103
	Cuenca	6.441	1.034
	Guadalajara	2.038	744
	Toledo	2.688	1.422
	TOTAL	2.865	1.447

.../...

.../...

CCAA	PROVINCIA	POBLACION < DE 7 AÑOS POR PEDIATRIA	POBLACION > DE 7 AÑOS POR MEDICO GENERAL
CASTILLA- LEON	Avila	4.132	813
	Burgos	1.537	1.040
	León	2.836	1.584
	Palencia	2.367	907
	Salamanca	2.719	1.033
	Segovia	2.677	688
	Soria	3.305	685
	Valladolid	1.845	3.020
	Zamora	3.174	416

	TOTAL	2.698	2.205
COMUNIDAD VALENCIANA	Alicante	1.698	2.441
	Castellón	1.659	1.621
	Valencia	1.390	2.274

	TOTAL	1.509	2.215
EXTREMADURA	Cáceres	2.966	1.191
	Badajoz	4.179	1.807

	TOTAL	3.610	1.500
GALICIA	La Coruña	1.435	2.519
	Lugo	838	1.458
	Orense	1.733	2.253
	Pontevedra	1.995	2.759

	TOTAL	1.618	2.294
LA RIOJA		1.515	1.404
MADRID		873	1.950
MURCIA		1.455	2.488
NAVARRA		1.952	1.796
PAIS VASCO	Alava	1.328	1.870
	Guipúzcoa	1.573	2.265
	Vizcaya	1.412	2.235

	TOTAL	1.452	2.090

Fuente: Referencia tabla 3.17.

TABLA 3.20. RATIO: PROVINCIA CON DENSIDAD DE PEDIATRAS MAXIMA/PROVINCIA CON DENSIDAD DE PEDIATRAS MINIMA. DISTRIBUCION POR CC.AA.

CC.AA.	MAXIMA DENSIDAD PEDIATRAS A NIVEL PROVINCIAL	MINIMA DENSIDAD PEDIATRAS A NIVEL PROVINCIAL	RATIO
Andalucía	8,70	2,25	3,16
Aragón	7,59	4,00	1,90
Canarias	4,49	4,04	1,11
Castilla - La Mancha	4,91	1,55	3,17
Castilla - León	6,51	2,42	2,69
Comunidad Valenciana	7,19	5,89	1,22
Extremadura	3,37	2,39	1,41
Galicia	11,93	5,01	2,38
País Vasco	7,53	6,36	1,18

TOTAL	11,93	1,55	7,70

Fuente: Referencia tabla 3.17. Elaboración propia.

TABLA 3.21. RATIO: PROVINCIA CON DENSIDAD DE MEDICOS GENERALES MAXIMA, PROVINCIA CON DENSIDAD DE MEDICOS GENERALES MINIMA.

CC.AA	MAXIMA DENSIDAD MEDICOS GENERALES A NIVEL PROVINCIAL	MINIMA DENSIDAD MEDICOS GENERALES A NIVEL PROVINCIAL	RATIO
Andalucía	5,60	3,39	1,65
Aragón	11,66	6,20	1,88
Canarias	3,80	3,42	1,11
Castilla - La Mancha	13,44	4,76	2,82
Castilla - León	24,04	3,31	7,26
Comunidad Valenciana	6,17	4,41	1,40
Extremadura	8,40	5,53	1,52
Galicia	6,86	3,62	1,89
País Vasco	5,35	4,42	

ESPAÑA	24,04	3,31	7,26

Fuente: Referencia tabla 3.17. Elaboración propia.

TABLA 3.22. PORCENTAJE TOTAL DE MEDICOS EXTRAHOSPITALARIOS POR EDADES.

CCAA	MEDIC.TOTALES MENORES 40 AÑOS %	MEDIC.GENERALES MENORES 40 AÑOS %	PEDIATRAS MENORES 40 AÑOS %	ESPECIALISTAS MENORES 40 AÑOS %
Andalucía	42,56	47,48	30,79	39,14
Aragón	52,62	55,13	34,00	-
Asturias	44,02	49,49	31,81	38,11
Baleares	48,71	38,46	47,70	-
Canarias	35,52	40,73	40,59	30,72
Cantabria	40,99	43,96	46,15	44,76
Castilla La Mancha	60,52	63,33	38,81	52,91
Castilla Leon	50,59	53,77	41,78	45,33
Comunidad Valenciana	48,47	52,18	40,48	44,46
Extremadura	48,92	58,22	41,46	35,54
Galicia	46,72	52,20	51,48	37,37
Madrid	34,56	33,39	25,18	39,52
Murcia	42,97	42,43	45,35	43,95
Navarra	44,94	47,12	46,67	41,89
País Vasco	48,35	55,77	44,12	38,57

Nota: Faltan los datos de Cataluña.

Fuente: Subdirección general de Atención primaria y Medicina Laboral.
INSALUD. 1982.

TABLA 3.23. MEDICOS GENERALES DEL INSALUD. DISTRIBUCION POR CC.AA. (1982).

CC.AA.	LIBRES	A.P.D.	TOTAL
Andalucía	1.096	1.223	2.319
Aragón	255	522	777
Asturias	295	164	459
Baleares	197	84	281
Canarias	194	220	414
Cantabria	76	140	216
Castilla La Mancha	139	839	978
Castilla Leon	326	1.733	2.059
Cataluña	1.873	619	2.492
Comunidad Valenciana	890	563	1.453
Extremadura	66	522	588
Galicia	489	593	1.082
La Rioja	55	106	161
Madrid	1.971	171	2.142
Murcia	191	140	331
Navarra	99	148	247
País Vasco	637	235	872

TOTAL	8.849	8.022	16.871

Fuente: Subdirección Gral. de Atención Primaria. Informe xerecopiado. 1984.

TABLA 3.24. PERSONAL FACULTATIVO NO JERARQUIZADO DEL INSALUD POR MODALIDADES Y COMUNIDADES AUTONOMAS (1983).

CCAA	M. GENERALES			URGENCIAS(2)		ESPECIALISTAS		TOTAL
	LIBRES	APD	PEDIATRAS	SEU	SOU	JEFES	AYUDANTES	
Andalucía(1)	1.096	1.223	554	155	269	1.455	545	5.297
Aragón	255	522	101	38	22	300	116	1.354
Asturias	295	164	123	-	51	304	133	1.070
Baleares	197	84	78	15	20	184	70	648
Canarias	194	220	105	11	59	301	80	970
Cantabria	76	140	41	-	31	130	53	471
Castilla La M.	139	839	81	-	53	361	122	1.595
Castilla Leon	326	1.733	154	16	63	638	196	3.126
Cataluña	1.873	619	583	252	182	1.915	500	5.924
C. Valenciana	890	563	350	155	-	919	327	3.204
Extremadura	66	522	49	-	40	206	53	936
Galicia	489	593	236	-	81	584	166	2.149
La Rioja	55	106	22	-	12	76	24	295
Madrid	1.971	171	752	187	49	1.526	661	5.317
Murcia	191	140	111	49	50	208	89	838
Navarra	99	148	38	-	19	135	57	496
País Vasco	637	235	239	131	-	586	157	1.985

TOTAL	8.849	8.022	3.617	1.009	1.001	10.426	3.349	36.263
						(3)		

(1) Se incluye Ceuta y Melilla.

(2) Plantillas Orgánicas de 1983.

(3) La especialidad de Tocología no se incluye en la distribución por CC.AA aunque si en el total.

Fuente: Boletín de indicadores sanitarios nº 4 y 5 INSALUD (1984). Subdirección General de Atención Primaria. Informe xerocopiado 1984. Elaboración propia.

TABLA 3.25. NUMERO DE MEDICOS ESPECIALISTAS EXTRAHOSPITALARIOS DEL INSALUD POR ESPECIALIDADES (1982).

ESPECIALIDADES	MEDICOS		BENEFICIARIOS POR MEDICO	Nº DE MEDICOS POR 10.000 BENEFICIARIOS
	Núm.	%		
Pediatría	3.617	21	1.368 (2)	7,30 (2)
C. General	1.577	9	21.351	0,47
Traumatología	1.569	9	21.460	0,47
Oftalmología	1.428	8	23.579	0,42
O.R.L.	1.383	8	24.346	0,41
A. Clínicos	976	6	34.489	0,29
Radiología	908	5	37.082	0,27
Odontología	866	5	38.881	0,26
Pulmón y Corazón	854	5	39.427	0,25
Digestivo	847	5	39.753	0,25
Ginecología	823	5	20.824 (1)	0,48
Urología	791	5	42.563	0,23
Tocología	592	3	28.950 (1)	0,35 (1)
Dermatología	449	3	74.991	0,13
Neuropsiquiatría	447	3	75.326	0,13
Endocrinología	265	1	127.059	0,08
TOTAL	17.392	100	1.936	5,5

(1) En este caso se ha calculado los índices a partir de las mujeres beneficiarias.

(2) En este caso se ha calculado los índices a partir de los beneficiarios menores de 7 años.

Fuente: Boletín de indicadores sanitarios, nº 4 y 5 INSALUD. (1984). Elaboración propia.

TABLA 3.26. STOCK Y DENSIDAD (X 10.000 BENEFICIARIOS) DE ESPECIALISTAS ASISTENCIA PRIMARIA EN EL INSALUD. DISTRIBUCION POR CCAA (1983).

CCAA	CIRUGIA GEN.		TRAUMATOLOGIA		ODONTOLOGIA		O.R.L.		ODONTOLOGIA		PULMON-CORAZON		DIGESTIVO	
	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)
Andalucía (1)	241	0,41	239	0,41	218	0,37	222	0,38	123	0,21	127	0,22	127	0,22
Aragón	54	0,48	51	0,46	42	0,38	43	0,39	77	0,24	23	0,21	26	0,23
Asturias	55	0,60	57	0,62	54	0,59	49	0,53	23	0,25	29	0,31	26	0,28
Baleares	34	0,63	34	0,63	25	0,46	26	0,48	19	0,35	17	0,32	17	0,32
Canarias	47	0,38	46	0,37	41	0,33	38	0,31	26	0,21	26	0,21	26	0,21
Cantabria	24	0,53	24	0,53	21	0,46	21	0,46	12	0,26	12	0,26	11	0,24
Castilla La M.	57	0,40	59	0,41	53	0,37	43	0,30	37	0,26	32	0,22	34	0,24
Castilla-León	102	0,47	99	0,46	85	0,39	77	0,35	57	0,26	58	0,27	57	0,26
Cataluña	266	0,56	257	0,54	245	0,52	248	0,52	166	0,35	155	0,33	155	0,33
C.Valenciana	146	0,48	162	0,53	134	0,44	142	0,46	79	0,26	81	0,26	81	0,26
Extremadura	28	0,31	27	0,30	27	0,30	24	0,27	23	0,26	19	0,21	18	0,31
Galicia	96	0,39	93	0,39	84	0,34	55	0,22	48	0,20	54	0,22	48	0,20
La Rioja	12	0,53	14	0,62	12	0,53	8	0,35	7	0,31	7	0,31	7	0,31
Madrid	258	0,54	250	0,53	261	0,55	259	0,55	137	0,29	132	0,28	131	0,28
Murcia	40	0,53	39	0,52	36	0,48	32	0,43	19	0,25	18	0,24	17	0,23
Navarra	24	0,55	26	0,60	22	0,50	21	0,48	11	0,25	13	0,30	13	0,30
P.Vasco	93	0,49	92	0,49	68	0,36	74	0,39	52	0,27	51	0,27	53	0,28
TOTAL	1577	0,48	1569	0,48	1428	0,43	1383	0,42	866	0,26	854	0,26	847	0,26

A: Número de médicos.

B: Número de médicos x 10.000 habitantes.

(1) Se incluye Ceuta y Melilla.

Fuente: Boletín de Indicadores Sanitarios 4 y 5. INSALUD (1984). Elaboración propia.

.../...

CCAA	A. CLINICOS		RADIOLOGIA		GINECOLOGIA		UROLOGIA		DERMATOLOGIA		NEUROPSIQUIATRIA		ENDOCRINOLOGIA	
	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)	(A)	(B)
Andalucía (1)	135	0,23	123	0,21	132	0,23	126	0,22	69	0,12	71	0,12	42	0,07
Aragón	34	0,30	28	0,25	26	0,23	21	0,19	15	0,13	14	0,13	10	0,09
Asturias	30	0,33	24	0,26	27	0,29	25	0,27	14	0,15	13	0,14	8	0,09
Baleares	16	0,30	12	0,22	15	0,28	16	0,30	9	0,17	8	0,15	6	0,11
Canarias	25	0,20	25	0,20	24	0,19	23	0,18	14	0,11	13	0,10	8	0,06
Cantabria	18	0,39	8	0,18	11	0,24	8	0,18	5	0,11	5	0,11	3	0,07
Castilla La M.	40	0,28	30	0,21	30	0,21	27	0,09	17	0,12	14	0,10	10	0,07
Castilla-León	63	0,29	56	0,26	58	0,27	48	0,22	29	0,13	24	0,13	16	0,07
Cataluña	210	0,44	216	0,46	210	0,44	141	0,30	86	0,18	87	0,18	50	0,11
C. Valenciana	84	0,27	81	0,26	74	0,24	74	0,24	44	0,14	41	0,13	23	0,08
Extremadura	18	0,31	17	0,19	22	0,24	15	0,17	10	0,11	10	0,11	7	0,08
Galicia	58	0,24	51	0,21	47	0,19	44	0,18	26	0,11	31	0,13	15	0,06
La Rioja	8	0,35	7	0,31	4	0,18	6	0,26	3	0,13	3	0,13	2	0,09
Madrid	147	0,31	156	0,33	147	0,31	140	0,30	64	0,13	66	0,14	39	0,08
Murcia	20	0,27	14	0,19	19	0,25	18	0,24	10	0,13	10	0,13	5	0,07
Navarra	11	0,25	11	0,25	12	0,27	11	0,25	7	0,16	7	0,16	3	0,07
P. Vasco	59	0,31	47	0,25	42	0,22	42	0,22	27	0,14	25	0,13	18	0,09
TOTAL	976	0,30	908	0,28	823	0,25	791	0,24	449	0,14	447	0,14	265	0,08

A: Número de médicos.

B: Número de médicos x 10.000 habitantes.

(1) Se incluye Ceuta y Melilla.

Fuente: Boletín de Indicadores Sanitarios nº 4 y 5 INSALUD. (1984). Elaboración propia.

TABLA 3.27. INDICE DE CAMAS POR MEDICO EN LOS HOSPITALES DEL INSALUD. 1982.

CCAA	MEDICOS DE HOSPITALES DEL INSALUD (1)	Nº CAMAS DEL INSALUD	INDICE DE CAMAS POR MEDICO
Andalucía	3.747	11.438	3,05
Aragón	1.171	2.166	1,85
Asturias	850	2.340	2,75
Baleares	379	1.203	3,17
Canarias	545	1.844	3,38
Cantabria	523	1.255	2,40
Castilla La Mancha	824	2.552	3,10
Castilla - León	2.060	4.273	2,07
Cataluña	1.768	5.608	3,17
Comunidad Valenciana	1.987	5.703	2,87
Extremadura	500	2.035	4,07
Galicia	972	3.395	3,49
La Rioja	142	540	3,80
Madrid	2.997	6.439	2,15
Murcia	577	1.469	2,55
Navarra	143	638	4,46
País Vasco	959	3.368	3,51

TOTAL	18.944	56.266	3,6

(1) A excepción del total se incluye a los médicos MIR que están realizando la residencia en Hospitales del INSALUD.

Fuente: Elaboración propia a partir del Boletín de Indicadores Sanitarios nº 4. INSALUD 1984 y Subdirección General de Hospitales. INSALUD. Plantillas reales (XII-82).

TABLA 3.28. NUMERO DE MEDICOS HOSPITALARIOS DEL INSALUD. DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES Y CCAA. 1982.

ESPECIALIDAD	CC.AA.	Alergia	Analistas clínicos	Anatomía patológica	Anestesiología	Angiología y cirugía vascular	Aparato digestivo	Biología clínica	Cardiología	Cirugía cardiovascular	Cirugía general y cir. ap. digestivo	Cirugía maxilofacial	Cirugía pediátrica
Andalucía		2	123	74	297	12	31	44	39	33	201	19	48
Aragón		--	63	20	80	--	5	--	12	8	67	5	19
Asturias		16	51	22	64	5	3	--	7	8	33	5	8
Baleares		--	17	7	33	--	1	1	1	--	23	4	9
Canarias		2	27	9	42	--	4	5	6	6	35	8	10
Cantabria		--	--	12	33	--	7	--	7	6	17	4	1
Castilla - La Mancha		--	49	20	63	--	1	--	1	--	57	--	--
Castilla - León		3	85	45	126	3	11	11	18	--	124	6	6
Cataluña		2	38	41	130	16	14	27	23	14	83	12	33
Comunidad Valenciana		6	96	36	158	--	27	--	28	21	81	10	34
Extremadura		2	23	5	39	--	2	--	2	--	31	--	7
Galicia		--	40	35	67	--	12	1	10	2	28	25	10
La Rioja		--	7	3	10	--	--	--	--	--	8	--	--
Madrid		19	79	43	252	24	30	21	48	39	107	37	48
Murcia		4	21	13	41	--	6	--	6	7	30	4	7
Navarra		--	8	5	19	--	--	--	--	--	10	3	2
País Vasco		--	46	17	50	--	2	1	2	10	53	4	22
TOTAL		56	773	407	1.504	60	156	111	210	154	988	146	271
%		0,36	4,95	2,61	9,63	0,38	1,00	0,71	1,34	1,00	6,33	0,93	1,74

.../...

.../...

ESPECIALIDAD	CC.AA.												
	Clirugia torácica	Clirugia plástica Y reparadora	Dermatología	Endocrinología nutrición	Farmacología clínica	Geriatría	Hematología Hemoterapia	Inmunología	Medicina Interna	Medicina Intensiva	Medicina nuclear	Microbiología Y Parasitología	
Andalucía	13	36	14	12	32	--	125	11	119	181	27	30	
Aragón	4	10	11	2	14	--	27	--	48	65	19	24	
Asturias	--	7	2	5	2	--	35	--	28	41	--	6	
Baleares	--	3	--	--	4	--	12	--	11	26	2	3	
Canarias	3	5	--	1	7	--	18	--	18	21	2	2	
Cantabria	4	--	3	4	5	--	13	1	36	10	7	8	
Castilla - La Mancha	--	1	--	--	8	--	20	--	29	85	--	4	
Castilla - León	4	11	21	8	9	--	65	--	63	165	5	16	
Cataluña	14	17	4	8	6	--	60	--	67	70	38	18	
Comunidad Valenciana	7	15	10	10	21	--	59	--	59	126	14	11	
Extremadura	--	--	--	--	3	--	22	--	14	35	--	--	
Galicia	7	7	--	2	13	--	32	--	31	52	1	6	
La Rioja	--	--	--	--	--	--	6	--	6	11	--	--	
Madrid	19	38	15	51	22	--	63	30	58	90	25	28	
Murcia	--	4	--	1	6	--	16	--	26	25	--	1	
Navarra	--	2	--	--	3	--	5	--	16	13	--	--	
País Vasco	--	11	2	1	11	--	33	--	30	77	2	3	
TOTAL	75	167	82	105	166	--	611	42	659	1.093	142	164	
%	0,48	1,07	0,53	0,67	1,06	--	3,91	0,27	4,22	7,00	0,91	1,05	

.../...

.../...

ESPECIALIDAD	Neurología	Neumología	Neurocirugía	Neurofisiología	Neurología	Obstetricia y Ginecología	Oftalmología	Oncología médica	Oncología Radioterapia	O.R.L.	Pediatría	Psiquiatría
CC.AA.												
Andalucía	47	22	50	43	25	284	83	7	10	76	286	25
Aragón	9	7	14	10	9	61	26	--	3	22	64	16
Asturias	12	25	--	12	15	55	15	2	--	18	55	4
Baleares	5	1	6	4	1	27	9	--	2	9	27	--
Canarias	6	1	13	17	1	36	9	1	1	10	41	1
Cantabria	7	6	7	8	5	21	8	--	4	8	25	9
Castilla - La Mancha	10	--	--	7	4	68	27	--	--	31	54	--
Castilla - León	25	10	22	18	11	117	55	--	11	57	141	28
Cataluña	31	9	26	27	11	83	27	--	6	27	88	7
Comunidad Valenciana	22	18	24	20	10	142	40	4	13	46	138	9
Extremadura	8	3	--	7	2	41	11	--	--	16	40	--
Galicia	6	3	9	17	10	70	16	7	--	26	67	--
La Rioja	3	--	--	2	--	9	4	--	--	4	1	--
Madrid	33	30	43	13	30	92	38	3	25	51	158	17
Murcia	5	3	6	7	3	43	15	--	--	15	48	2
Navarra	--	--	--	5	--	13	13	--	--	--	10	--
País Vasco	10	2	17	12	1	57	21	--	6	19	69	2
TOTAL	239	140	237	229	138	1.219	417	24	81	435	1.312	120
8	1,53	0,90	1,52	1,47	0,88	7,81	2,67	0,15	0,52	2,79	8,40	0,77

.../...

.../...

ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD											TOTAL	%
	CC.AA.	Radiodiagnóstico	Rehabilitación	Reumatología	Traumatología C. ortopédica	Urología	Medicina preventiva	Estomatología	Hidrología	Medicina especial	Medicina y forense		
Andalucía	152	79	9	191	81	26	6	--	--	--	--	3.025	19,29
Aragón	60	32	3	45	27	5	--	--	--	--	--	920	5,87
Asturias	39	16	--	45	18	11	--	--	--	--	--	691	4,41
Baleares	12	7	--	19	10	--	--	--	--	--	--	296	1,89
Canarias	25	4	--	33	11	4	--	--	--	--	--	442	2,81
Cantabria	19	4	3	19	8	2	--	--	--	--	--	356	2,27
Castilla-La Mancha	40	33	1	55	28	2	--	--	--	--	--	698	4,45
Castilla-León	74	39	2	106	48	15	5	--	--	--	--	1.591	10,15
Cataluña	48	41	4	66	34	13	--	--	--	--	--	1.296	8,26
Comunidad Valenciana	90	45	17	97	36	14	1	--	--	--	--	1.600	10,20
Extremadura	23	13	--	29	15	1	--	--	--	--	--	394	2,51
Galicia	34	26	4	52	26	6	1	--	--	--	--	770	4,91
La Rioja	6	3	--	8	4	1	--	--	--	--	--	96	0,61
Madrid	126	68	18	133	34	25	6	--	--	--	--	2.180	13,90
Murcia	25	10	3	23	9	3	--	--	--	--	--	442	2,82
Navarra	5	4	--	9	5	3	--	--	--	--	--	143	0,91
País Vasco	43	22	--	50	20	10	--	--	--	--	--	742	4,73
TOTAL	821	446	64	980	414	141	19	--	--	--	--	15.682	100,00%
%	5,26	2,86	0,41	6,27	2,65	0,90	0,12	--	--	--	--	--	--

Fuente: Subdirección General de Hospitales. INSAJUD. Plantillas reales (XII-82).

TABLA 3.29. DENSIDAD (x 10.000 HAB.) DE MEDICOS HOSPITALARIOS DEL INSALUD. DISTRIBUCION POR CCAA. 1982

ESPECIALIDAD	Analistas clínicos	Anestesiología	Cardiología	Cirugía general y aparato digestivo	Medic. intensiva	Medic. interna	Obstetricia y ginecología	Pediatría	Radio diagnóstico	Traumatología	Hematología y Hemoterapia
Andalucía	1,99	4,82	0,63	3,26	1,93	2,94	4,61	4,64	2,47	3,10	2,03
Aragón	5,42	6,89	1,03	5,77	4,13	5,59	5,25	5,51	5,16	3,87	2,32
Asturias	4,47	5,67	0,61	2,89	2,45	3,59	4,82	4,82	3,42	3,94	3,06
Baleares	2,54	4,93	0,14	3,43	1,64	3,88	4,03	4,03	1,79	2,83	1,79
Canarias	1,76	2,74	0,39	2,28	1,17	1,37	2,35	2,67	1,63	2,15	1,17
Cantabria	--	6,50	1,37	3,34	7,09	1,97	4,13	4,92	3,74	3,74	2,56
Castilla-La Mancha	3,23	4,15	0,06	3,75	1,91	5,60	4,48	3,56	2,63	3,62	1,31

....

.../....

ESPECIALIDAD	Analisis clínicos	Anestesiología	Cardiología	Cirugía general y aparato digestivo	M. intensiva	M. interna	Obstetricia y ginecología	Pediatría	Radiodiagnóstico	Traumatología	Hematología y Hemoterapia
Castilla - León	3,56	5,29	0,75	5,20	2,64	6,92	4,91	5,92	3,10	4,45	2,72
Cataluña	0,60	2,06	0,36	1,31	1,06	1,11	1,31	1,39	0,76	1,04	0,95
Com. Valenciana	2,55	4,20	0,74	2,15	1,56	3,35	3,77	3,66	2,39	2,57	1,56
Extremadura	2,41	4,09	0,20	3,25	1,46	3,67	4,30	4,29	2,41	3,04	2,30
Galicia	1,43	2,40	0,35	1,00	1,11	1,86,	2,51	2,40	1,22	1,86	1,15
La Rioja	2,89	4,13	--	3,30	2,47	4,54	3,71	0,41	2,47	3,30	2,47
Madrid	1,57	5,01	0,95	2,12	1,15	1,79	1,83	3,14	2,50	2,64	1,25

.../....

.../...

ESPECIALIDAD	Analisis clinicos	Anestesiologia	Cardiologia	Cirugia general y aparato digestivo	M. intensiva	M. interna	Obstetricia y ginecologia	Pediatría	Radiodiagnostico	Traumatologia	Hematologia y Hemoterapia
CC.AA.											
Murcia	2,27	4,44	0,65	3,25	2,81	2,70	5,20	5,20	2,70	2,49	1,73
Navarra	1,60	3,82	--	2,01	3,21	2,61	2,61	2,01	1,00	1,81	1,00
País Vasco	2,00	2,17	0,08	2,30	1,30	3,34	2,47	3,00	1,86	21,7	1,43
Ratio (1)											
Densidad máxima/ Densidad mínima	3,79	3,34	12,87	5,77	6,39	5,05	2,87	14,44	5,42	2,46	3,06

(1) En el ratio densidad máxima/densidad mínima exceptuamos Cataluña.

Fuente: Subdirección General de Hospitales. INSALUD. Plantillas reales (XII-82). Elaboración propia.

TABLA 3.30. RATIO CC.AA.: DENSIDAD MAXIMA/DENSIDAD MINIMA DE ESPECIALISTAS HOSPITALARIOS DEL INSALUD. 1982.

ESPECIALIDAD	CCAA CON LA DENSIDAD MAXIMA	CCAA CON LA DENSIDAD MINIMA	RATIO
Análisis Clínicos	Aragón (5,42)	Galicia (1,43)	3,79
Anestesiología	Aragón (6,89)	Canarias (2,74)	2,51
Cardiología	Aragón (1,03)	País Vasco (0,08)	12,88
Cirugía General y C. Aparato Digestivo	Aragón (5,77)	Galicia (1,00)	5,77
Medicina Intensiva	Cantabria (7,09)	Galicia (1,11)	6,39
Medicina Interna	Castilla - León (6,92)	Canarias (1,37)	5,05
Obstetricia y Ginecología	Aragón (5,25)	Madrid (1,83)	2,87
Pediatría	Castilla - León (5,92)	La Rioja (0,41)	14,44
Radiodiagnóstico	Asturias (5,42)	Navarra (1,00)	5,42
Traumatología	Castilla - León (4,45)	Navarra (1,81)	2,46
Hematología - Hemoterapia	Asturias (3,06)	Navarra (1,00)	3,06

Fuente: Referencia tabla 3.29. Elaboración propia.

TABLA 3.31. NUMERO DE MEDICOS RESIDENTES EN HOSPITALES DEL INSALUD.
DISTRIBUCION POR CCAA. 1982.

CCAA	NUMERO DE RESIDENTES EN HOSPITALES DEL INSALUD.
Andalucía	722
Aragón	251
Asturias	159
Baleares	83
Canarias	103
Cantabria	167
Castilla - La Mancha	126
Castilla - León	469
Cataluña	472
Extremadura	106
Galicia	202
La Rioja	46
Madrid	817
Murcia	135
Navarra	--
País Vasco	217
País Valenciano	387

TOTAL	3.262

Fuente: Subdirección General de Hospitales. INSALUD. Plantillas reales (XII-82).

TABLA 3.32. DISTRIBUCION DE LOS ESPECIALISTAS HOSPITALARIOS DEL INSALUD POR ESPECIALIDADES DESAGREGADAS. 1.982.

ESPECIALIDAD	Nº MEDICOS	%	ESPECIALISTAS POR 10.000 HB.
Alergiología	56	0,36	0.015
Análisis Clínicos	773	4,95	0.203
Anatomía Patológica	407	2,61	0.107
Anestesiología	1.504	9,63	0.395
Angiología - C.Vascular	60	0,38	0.016
Ap. Digestivo	156	1,00	0.041
Bioquímica Clínica	111	0,71	0.029
Cardiología	210	1,34	0.055
Cirugía Cardiovascular	154	1,00	0.040
Cirugía General	988	6,33	0.259
Cirugía Maxilofacial	146	0,93	0.038
Cirugía Pediátrica	271	1,74	0.071
Cirugía Torácica	75	0,48	0.020
Cirugía Plástica	167	1,07	0.043
Dermatología	82	0,53	0.022
Endocrinología y Nutr.	105	0,67	0.027
Farmacología Clínica	166	1,06	0.044
Hematología y Hemoter.	611	3,91	0.160
Inmunología	42	0,27	0.011
Medicina Intensiva	659	4,22	0.173
Medicina Interna	1.093	7,00	0.288
Medicina Nuclear	142	0,91	0.037
Microbiología	164	1,05	0.043
Nefrología	239	1,53	0.063
Neumología	140	0,90	0.037
Neurocirugía	237	1,52	0.062
Neurofisiología	229	1,47	0.060
Neurología	138	0,88	0.036
Obstetricia y Ginecol.	1.219	7,81	0.320
Oftalmología	417	2,67	0.109
Oncología Médica	24	0,15	0.006
Oncología Radiol.	81	0,52	0.021
O.R.L.	435	2,79	0.114
Pediatría	1.312	8,40	0.344
Psiquiatría	120	0,77	0.031
Radiodiagnóstico	821	5,26	0.216
Rehabilitación	446	2,86	0.117
Reumatología	64	0,41	0.017
Traumatología	980	6,27	0.257
Urología	414	2,65	0.109
Medicina Preventiva	141	0,90	0.037
Estomalogía	19	0,12	0.005

TOTAL	15.682	100,0	4.11

Fuente: Elaboración propia a partir de: "Subdirección General de Hospitales. Plantillas reales, diciembre de 1982. INSALUD. Madrid. 1984".

TABLA 3.33. LOS MEDICOS HOSPITALARIOS DEL INSALUD POR GRUPOS DE ESPECIALIDADES.

ESPECIALIDAD	MEDICOS HOSPITALARIOS DEL INSALUD. 1982			TOTAL MEDICOS DE HOSPITAL EN ESPAÑA (1979)
	Nº	%	(1)	%
Cirugía General y especialidades	5.483	28,9	1,44	26,4
Medicina Interna y especialidades	3.685	19,5	0,97	19,1
Obstetricia y Ginecología	1.219	6,4	0,32	8,1
Pediatría	1.312	6,9	0,34	6,5
Psiquiatría	120	0,6	0,03	3,4
Servicios centrales	3.863	20,4	1,01	16,2
En formación	3.262	17,2	--	20,0

TOTAL	18.944	100,0	4,10	100,0

(1) Especialidades por 10.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de:

Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. 1979. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1983.

Subdirección General de Hospitales. Plantillas reales, diciembre 1982. INSALUD. Madrid, 1984.

TABLA 3.34. DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS DE LA AISNA POR CENTROS HOSPITALARIOS. 1982.

CCAA	HOSPIT. ENFER. DEL TORAX		HOSPIT. OSTEC. ARTICULARES		HOSPITALES COMARCALES		CENTROS MATERNALES DE URGEN.		HOSPITALES PSIQUIATRIC.		CENTROS ESPECIALIZADOS		OTROS		TOTAL	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Andalucía	71	4	15	--	--	--	--	--	--	--	22	--	--	--	108	4
Aragón	22	--	--	--	--	--	--	16	1	--	--	--	--	--	38	1
Asturias	18	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	18	--
Baleares	7	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	7	--
Canarias	26	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	26	--
Cantabria	9	--	--	--	--	--	--	--	--	--	11	--	--	--	20	--
Castilla-La M.	17	1	--	--	20	6	--	24	2	--	15	1	17	6	93	16
Castilla-León	39	3	--	--	20	2	--	3	2	--	16	--	--	--	78	7
Coom.Valenciana	57	2	15	--	--	--	17	--	--	--	13	1	--	--	102	2
Extremadura	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Galicia	33	6	--	--	--	--	--	9	1	--	--	--	--	--	42	7
La Rioja	6	2	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Madrid	152	11	--	--	--	--	--	53	4	--	390	45	--	--	595	60
Murcia	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--
Navarra	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
País Vasco	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
TOTAL	457	29	30	--	41	8	17	105	10	17	467	46	17	6	1134	99

(1) Plazas ocupadas
(2) Plazas vacantes

Fuente: Plantillas reales. AISNA. Madrid 31-12-1982.

TABLA 3.35. DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS DE LA AISNA EN DISPENSARIOS. 1982.

CCAA	ENFERMEDADES DEL TORAX		TISIOLOGIA		DIAGNOSTICO Y ORIENTA.TERAPEUT.		SALUD MENTAL		OTROS		TOTAL
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	
Andalucía	36	6	4	1	22	1	10	3	3	5	75
Aragón	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Asturias	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Baleares	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Canarias	5	--	--	--	6	2	--	--	--	--	11
Cantabria	2	1	--	--	2	--	3	--	--	--	7
Castilla - La Mancha	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Castilla - León	23	6	--	--	13	4	--	--	--	--	36
Comunidad Valenciana	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Extremadura	4	1	--	--	5	--	3	--	3	--	15
Galicia	15	5	--	--	4	3	4	2	1	--	24
La Rioja	2	--	--	--	3	--	--	--	--	--	5
Madrid	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Murcia	9	--	--	--	3	--	6	--	1	--	19
Navarra	4	--	--	1	2	1	--	--	--	--	6
Pafs Vasco	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
TOTAL	100	19	4	2	60	11	26	5	8	--	198

(1) Plazas ocupadas.
(2) Plazas vacantes.

Fuente: Plantillas reales. AISMA. Madrid 31-12-1982.

TABLA 3.36. MEDICOS DE HOSPITALES DE LA ADMINISTRACION LOCAL. DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES. 1979.

ESPECIALIDAD	DIPUTACIONES Y CABILDOS		MUNICIPIOS		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
- Medicina Interna y especialidades	806	17,8	318	27,2	1.124	19,7
- Cirugía General y especialidades	787	17,3	336	28,7	1.123	19,7
- Obstetricia y Ginecología	227	5,0	137	11,7	364	6,4
- Pediatría	220	4,8	61	5,2	281	4,9
- Psiquiatría	438	9,7	20	1,7	458	8,0
- De Guardia	349	7,7	133	11,3	482	8,4
- En Formación	1.078	23,8	82	7,0	1.160	20,3
- Servicio y departamentos Centrales	631	13,9	35	7,2	716	12,5

TOTAL	4.536	100,0	1.172	100,0	5.708	100,0

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado 1979. INE. Madrid 1983.

TABLA 3.37. MEDICOS DE HOSPITALES DE LA ADMINISTRACION LOCAL. DISTRIBUCION POR TIPO DE HOSPITAL. 1979.

ESPECIALIDAD	DIPUTACIONES Y CABILDOS		MUNICIPIOS		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
- Hospitales Generales	3.721 (82%)	84,0	713 (60,8%)	16,0	4.430 (77,7%)	100,0
- Hospitales Quirúrgicos Infantiles y Maternales	149 (3,3%)	34,0	292 (24,9%)	66,0	441 (7,7%)	100,0
- Psiquiátricos y Antituberculosos	629 (13,9%)	95,0	30 (2,5%)	5,0	659 (11,5%)	100,0
- Otros	37 (0,8%)	21,0	137 (11,7%)	79,0	174 (3,1%)	100,0

TOTAL	4.536 (100,0%)	79,5	1.172 (100,0%)	20,5	5.708 (100,0%)	100,0

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. 1979. INE. Madrid 1983. Elaboración propia.

TABLA 3.38. OTROS MEDICOS DEL SECTOR SANITARIO PUBLICO DISTRIBUIDOS POR COMUNIDADES AUTONOMAS. 1982.

	CUERPO MEDICO DE SANIDAD NACIONAL	INSPECCIONES MEDICAS DEL INSALUD	MEDICOS EPIDEMIOLOGOS	MEDICOS DEL MINISTERIO DE CONSUMO
Andalucía	15	95	8	134
Aragón	4	29	3	29
Asturias	3	20	2	27
Baleares	2	7	1	13
Canarias	3	14	2	35
Cantabria	1	12	1	13
Castilla - La Mancha	4	19	4	45
Castilla - León	11	51	10	78
Cataluña	10	62	4	104
Comunidad Valenciana	6	56	3	65
Extremadura	2	15	3	23
Galicia	7	31	3	56
La Rioja	1	4	1	6
Madrid	2	70	-	117
Murcia	2	13	2	16
Navarra	1	7	-	7
País Vasco	2	25	2	37
TOTAL	76	530	49	832 (1)

(1) En el total se incluyen 19 plazas de médicos forenses aprobados el 9-12-1983, sin destino aún.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 15-7-1983.

3.3. Síntesis y cuadros comparativos del ejercicio médico

Síntesis del sector público

Hemos elaborado este punto 3.3 a modo de resumen de los datos contenidos en el punto 3.2, de este apartado de ejercicio médico en el sector público.

No podemos hablar de médicos del sector sanitario público refiriéndonos a su número sino a los puestos de trabajo que dicho sector oferta, al darse muchos casos en que un mismo médico trabaja en más de una administración u organismo público.

Hemos contabilizado, a diciembre de 1982, un total de 70.704 puestos de trabajo en el conjunto del sector sanitario público, formado por AISNA, INSALUD, Corporaciones Locales, Clínicos y otras administraciones públicas.

Si se diera una ocupación de un solo puesto de trabajo por médico, el 67,6% de los médicos españoles estaría trabajando en sector público y se daría un índice de 539 habitantes por médico.

Los 70.704 puestos de trabajo indicados se distribuyen entre:

1- Asistencia primaria	38.189	(54,0%)
1.1 INSALUD	36.263	(51,3%)
1.2 AISNA	426	(0,6%)
1.3 Corporaciones Locales	1.500	(2,1%)
		(estimación)

2- Asistencia hospitalaria	31.028	(43,9%)
2.1 INSALUD	18.944	(26,8%)
2.2 AISNA	1.134	(1,6%)
2.3 Corporaciones Locales (1980) ...	5.708	(8,1%)
2.4 Clínicos - M.Educación (1980) ..	4.306	(6,1%)
2.5 M- Defensa (1980)	936	(1,3%)
3- Otras actividades	1.487	(2,1%)
3.1 Sanidad Nacional	76	(0,1%)
3.2 Inspectores INSALUD	530	(0,7%)
3.3 Epidemiólogos	49	(0,07%)
3.4 Forenses - M.Justicia	832	(1,2%)

Como datos más destacables señalaríamos:

- Que se observa una cierta preponderancia de los puestos de trabajo en la asistencia primaria con el 54% del total, sobre la hospitalaria, con 44%.
- La práctica totalidad de los puestos de trabajo del sector público en la asistencia primaria de deben al INSALUD.
- Por contra, en la asistencia hospitalaria, al INSALUD sólo le corresponden un 60% de todos los puestos de trabajo del sector público, siendo importante el peso de otras administraciones como las Corporaciones Locales o los Hospitales Clínicos.
- La reducida presencia de médicos en actividades no estrictamente asistenciales, donde, aparte de los médicos que trabajan como forenses o en el Ministerio de Justicia y los Inspectores del INSALUD, el resto no suma más de 120 puestos de trabajo entre Sanidad Nacional y Epidemiólogos.

En la figura 3.8 se puede observar la distribución de los puestos de trabajo de médicos en el sector público, según su nivel asistencial, apreciándose claramente lo indicado en los puntos anteriores.

La figura 3.9 nos sirve para mostrar la distribución de los puestos de trabajo de médicos en el sector público, una vez agrupadas diversas dependencias institucionales. Con ello vemos cómo el sector con dependencia de la Administración sanitaria Central y/o Autonómica representa el 81,2% de la oferta laboral, le sigue la Administración Local con un 16,3%; la principal importancia de esta cifra es que prácticamente la totalidad está distribuida en el nivel hospitalario y, de forma importante, en sectores como el psiquiátrico que no cubre el INSALUD.

Puestos de trabajo para médicos especialistas en el sector público

El total de puestos de trabajo de especialistas en el sector sanitario público lo estimamos en 50.333. Ello resulta de restar al total de puestos de trabajo del sector público, los ocupados por médicos generales y de urgencias del INSALUD y los de Corporaciones Locales.

Si los 50.333 puestos de trabajo se correspondieran a un único y distinto especialista, ello significaría que habría 13,1 especialistas por cada 10.000 habitantes. O sea que pasaríamos de los 8,6 que trabajaban en el INSALUD a un total de 13,1.

De los 50.333 puestos, el 62% correspondería al nivel de asistencia hospitalaria, el 3% al de "otras actividades" y el 35% al nivel primario del INSALUD y AISNA. (Figura 3.10)

No consideramos prudente analizar cada especialidad por separado, como hemos efectuado con los especialistas del INSALUD, ya que el desconocimiento de las pluriocupaciones no nos permite hacer corresponder los puestos de trabajo a los médicos especialistas que realmente trabajan en el sector público. Por este hecho, no podríamos dar tasas reales de médicos especialistas en el conjunto del sector y preferimos partir de la base de las tasas del INSALUD.

Las variaciones que se producen en dichas tasas pueden tener relación con las variaciones que se producen en el número de puestos de especialistas que para todo el sector público y también privado, presentamos en el punto siguiente de este estudio.

El total de médicos en hospitales

En primer lugar y tomando como fuente las encuestas del INE, se ha comparado la evolución del personal facultativo (de hecho, puestos de trabajo) de todos los hospitales españoles (públicos y privados/agudos y crónicos) en 1974, 1977 y 1979 (tablas 3.39 y 3.40), calculándose el incremento en números absolutos (14.080 entre 1974 y 1979) y en porcentajes (42%). El aumento ha sido más intenso, por encima de este porcentaje medio, en:

Médicos en formación, Servicios y Departamentos Centrales y Médicos de Guardia. Ligeramente por debajo se sitúan los Pediatras y los Médicos Internistas.

En la tabla 3.39 se analiza la distribución porcentual, en las fechas consideradas, de los distintos bloques de especialidades (análisis muy agregado, pero impuesto por la metodología de la encuesta del INE), observándose que la distribución experimenta pocas variaciones significativas, excepto el aumento de 4 puntos para los médicos en formación y un ligero aumento de médicos en servicios y departamentos centrales. Por el contrario, la disminución porcentual es más intensa en cirugía (2,5 puntos) y ginecología y obstetricia (1,8 puntos).

Sin embargo, esta información tiene un valor relativo ya que el crecimiento o disminución de los especialistas hospitalarios está ligado al número de camas (y a la pluriocupación). Por ello, se ha calculado el número de camas por médico a fin de determinar si el crecimiento se debe principalmente al aumento de camas o al crecimiento, o no, de las dotaciones médicas hospitalarias, sin relación con las camas nuevas.

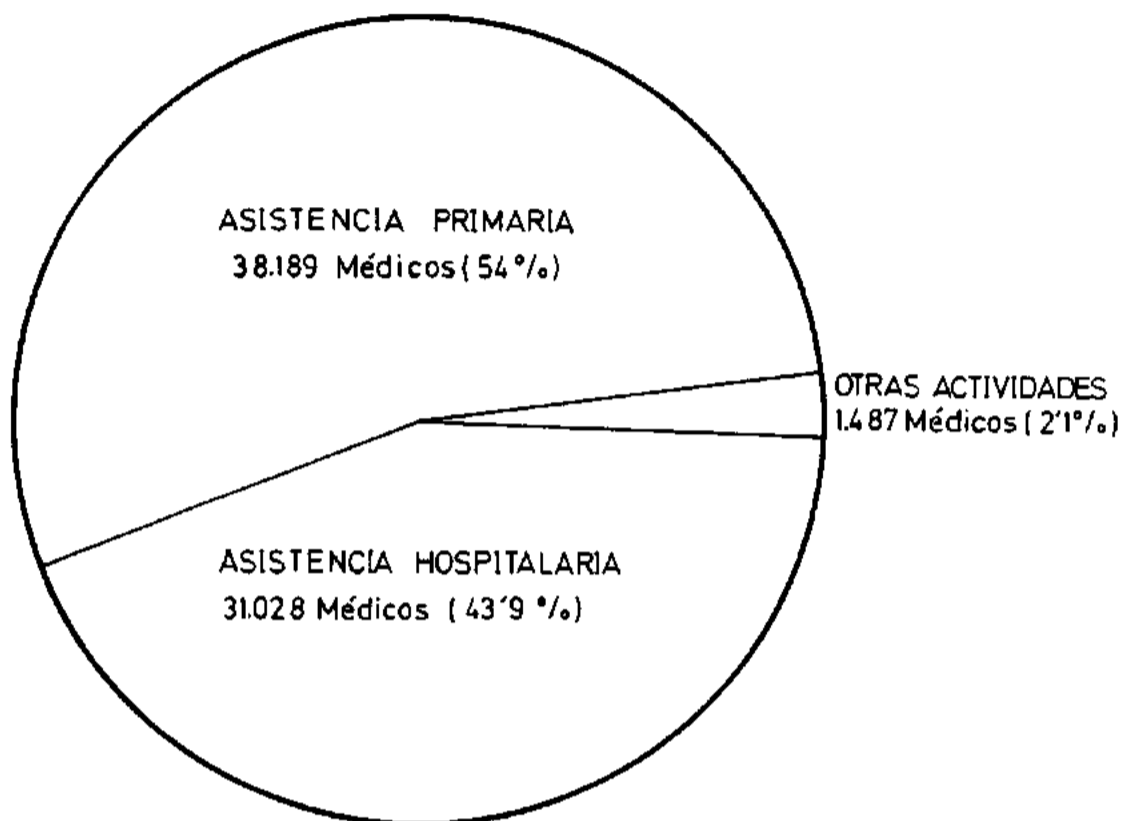
Los datos disponibles muestran que en 1974 a cada médico (puesto de trabajo) correspondían 5 camas hospitalarias; en 1977 eran 4,5 y 1979, 4,3 camas por médico. Ello representa en términos reales un aumento de las plantillas médicas en los hospitales. Cabe recordar que la relación camas por médico en el INSALUD es de 3,6.

Para el año 1979, hemos incluido las tablas 3.41 y 3.42 en las cuales se indican los números absolutos de médicos y camas distribuidos por especialidades y dependencia institucional (pública y privada).

En la tabla 3.43, para el año 1979, se contiene la relación camas por médico, siguiendo la misma distribución. Así pues, mientras que la media es de 4,3 camas por médico, en los hospitales pertenecientes al Ministerio de Defensa este índice llega a ser de 11.7, y en el caso de los Hospitales Clínicos tan sólo hay 2.3 camas por médico.

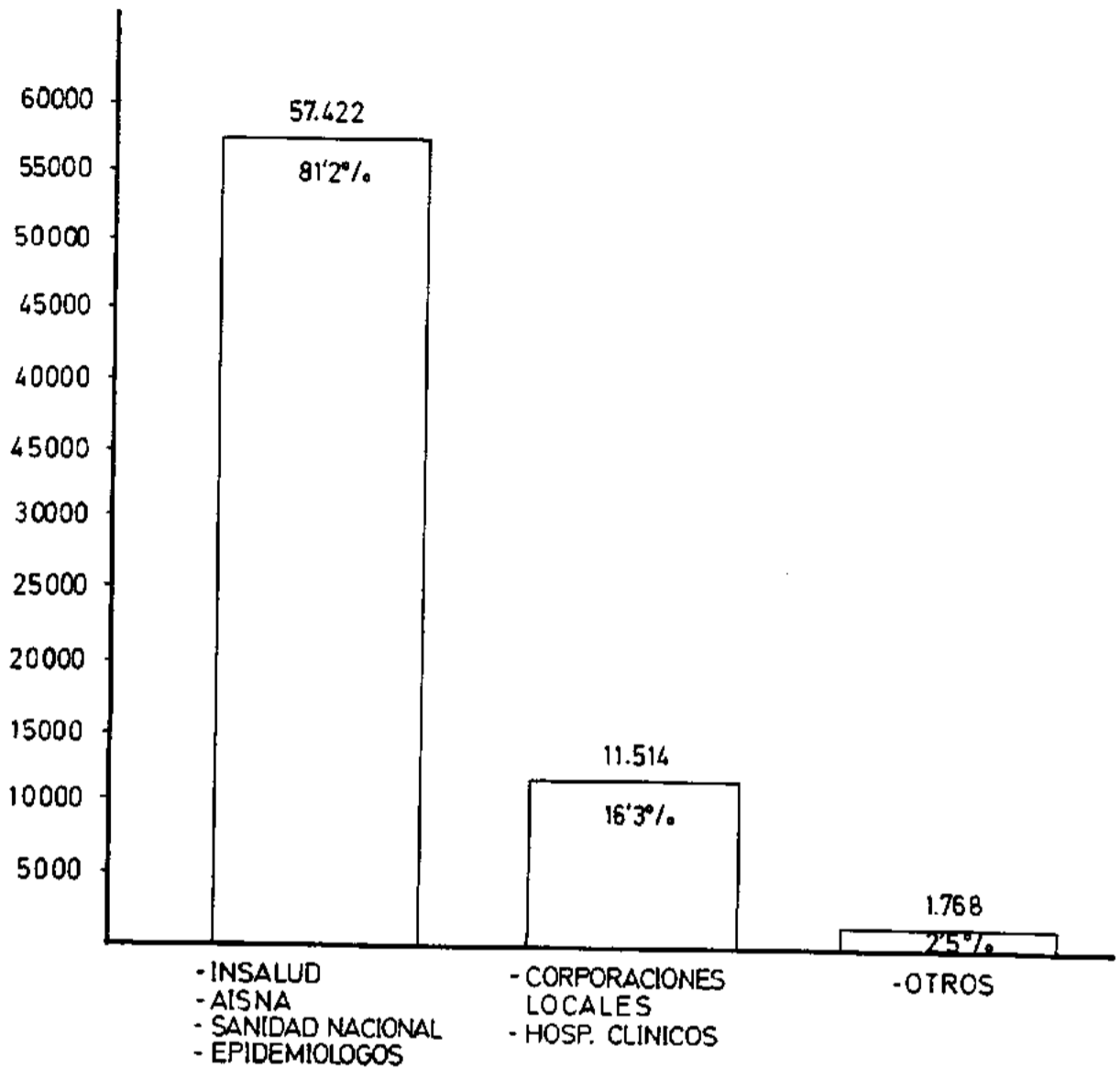
El análisis de la distribución territorial ya se ha efectuado anteriormente, en el capítulo 2 de este informe.

FIGURA 3.8. LOS PUESTOS DE TRABAJO DE MEDICOS EN EL SECTOR PUBLICO POR NIVEL ASISTENCIAL 1982.



Fuente: Boletín de indicadores sanitarios. INSALUD. 1984; 4 y 5.
Subdirección general de hospitales. INSALUD: Plantillas reales
(XII-82). Elaboración propia.

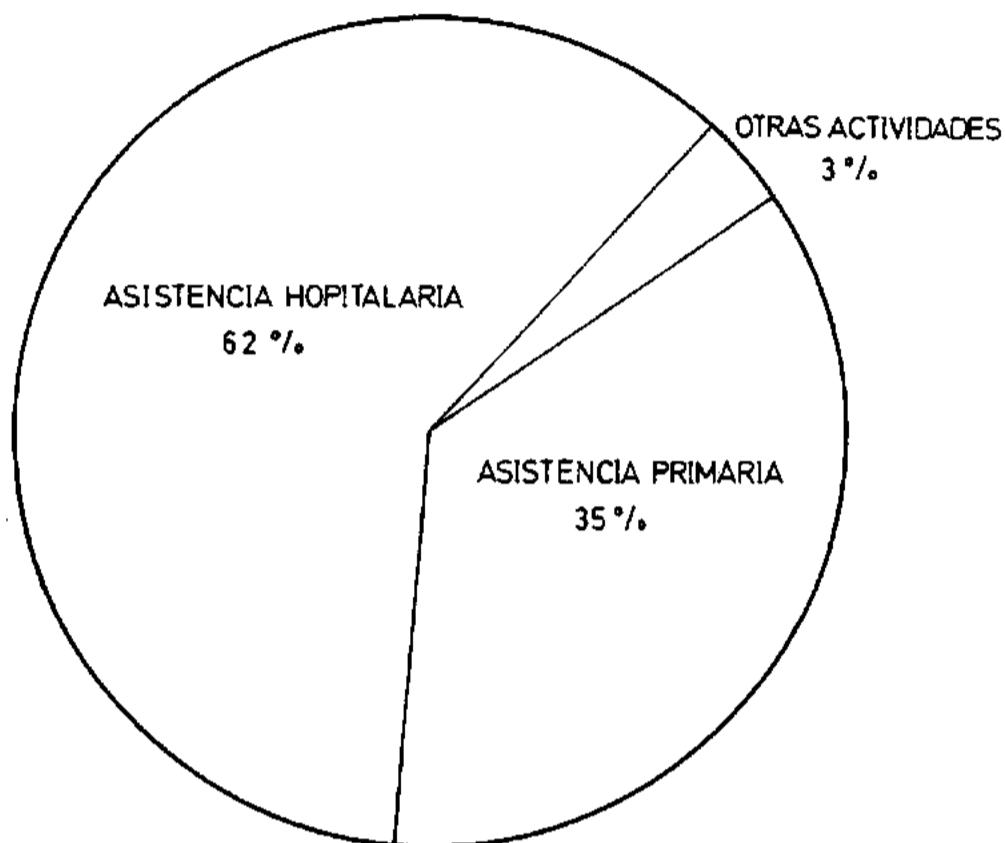
FIGURA 3.9. LOS PUESTOS DE TRABAJO DE MEDICOS EN EL SECTOR PUBLICO POR DEPENDENCIA INSTITUCIONAL 1982.



Fuente: Referencia figura 3.8.

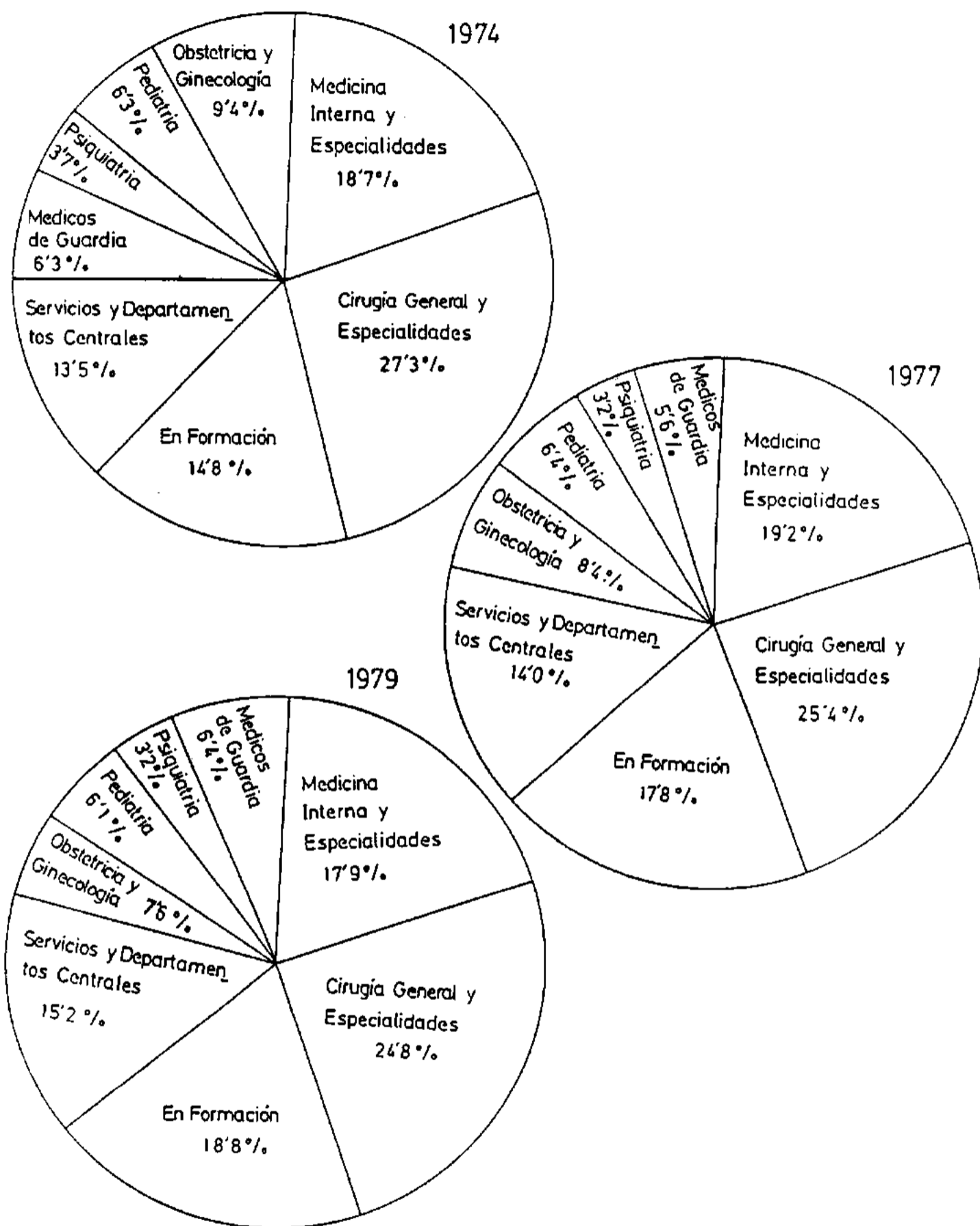
- AISNA
- Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de Internado 1979. Madrid 1983.
- Elaboración propia.

FIGURA 3.10. DISTRIBUCION DE LOS PUESTOS DE TRABAJO PARA MEDICOS ESPECIALISTAS EN EL SECTOR PUBLICO.



Fuente: Referencia figura 3.9. Elaboración propia.

FIGURA 3.11. DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES DE LOS MEDICOS QUE EJERCEN EN LOS HOSPITALES (1974-1977-1979).



Fuente: Elaboración propia. Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. 1974, 1977, 1979. Madrid, 1976. 1981, 1983.

TABLA 3.39. DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES DE LOS MEDICOS QUE EJERCEN EN LOS HOSPITALES. (1974-1979)

ESPECIALIDADES	EN Nº ABSOLUTOS			DISTRIBUCION PORCENTUAL		
	1974	1977	1979	1974	1977	1979
- Medicina Interna y especialidades	6.315	8.285	8.567	18,7	19,2	17,9
- Cirugía General y especialidades	9.190	11.006	11.843	27,3	25,4	24,8
- Obstetricia y Ginecología	3.128	3.626	3.644	9,4	8,4	7,6
- Pediatría	2.137	2.786	2.929	6,3	6,4	6,1
- Psiquiatría	1.303	1.402	1.515	3,7	3,2	3,2
- Médicos de Guardia	2.089	2.378	3.047	6,3	5,6	6,4
- En formación	4.993	7.727	9.003	14,8	17,8	18,8
- Servicios y Departamentos Centrales	4.562	6.086	7.239	13,5	14,0	15,2
TOTAL	33.717	43.296	47.797	100.0	100.0	100.0

Fuente: Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. (1974 - 1977 - 1979). INE. Madrid 1976, 1982, 1983. Elaboración propia.

TABLA 3.40. MEDICOS CON EJERCICIO HOSPITALARIO POR ESPECIALIDADES. VARIACION 1974 - 1977 - 1979.

ESPECIALIDADES	INCREMENTO ABSOLUTO DESDE 1974		INCREMENTO PORCENTUAL (1974 = 100)	
	1977	1979	1977 %	1979 %
- Medicina Interna y especialidades	1.970	2.252	131	136
- Cirugía General y especialidades	1.816	2.653	120	129
- Obstetricia y Ginecología	498	516	116	117
- Pediatría	649	792	130	137
- Psiquiatría	99	212	108	116
- Médicos de Guardia	289	958	114	146
- En formación	2.734	4.010	155	180
- Servicios y departamentos Centrales	1.524	2.677	133	159
TOTAL	9.579	14.080	128	142

Fuente: Elaboración propia a partir de: Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. Años 1974 - 1977 - 1979. INE. Madrid, 1976, 1982, 1983.

TABLA 3.41. RELACION DE PER

ESPECIALIDAD	Sanidad Ed Y S.S. C
Medicina Inter.	3.050
Especialidades	
General y	3.964
Especialidades	
Obstetricia y	1.217
Ginecología	
Pediatría	1.277
Psiquiatría	131
Médicos de Guar.	787
Formación	5.149
Servicios y Dep.	3.656
Centrales	
Nº abs.	19.231
%	(40%)

Fuente: Referencia tabla 3.

TABLA 3.41. RELACION DE PERSONAL MEDICO SEGUN ESPECIALIDAD Y DEPENDENCIA INSTITUCIONAL. 1979.

ESPECIALIDAD	SECTOR PUBLICO				SECTOR PRIVADO				TOTAL		
	Sanidad Y S.S. CIENCIA	Educación y cabilbos	Defensa y cabilbos	Diputaciones Municipios	Beneficenc. Particular	Iglesia	Cruz Roja	Particulares		Otros	
Medicina Inter. y especialidades	3.050	673	225	806	318	563	331	386	2.185	40	8.567
C. General y especialidades	3.964	650	227	787	336	633	593	448	4.188	17	11.843
Obstetricia y Ginecología	1.217	170	51	227	137	167	97	131	1.429	16	3.642
Pediatría	1.277	223	36	220	61	129	141	76	751	15	2.929
Psiquiatría	131	109	31	438	20	50	197	47	489	3	1.515
Médicos de Guar.	787	282	110	349	133	121	166	123	956	20	3.047
En Formación	5.149	1.304	42	1.078	82	522	116	188	522	--	9.003
Servicios y Dep. Centrales	3.656	695	214	631	85	381	150	118	1.099	10	7.239

Nº abs.	19.231	4.306	936	4.536	1.172	2.566	1.791	1.517	11.619	123	47.797
%	(40%)	(9%)	(2%)	(9%)	(2%)	(5%)	(4%)	(3%)	(2%)	(0.26%)	(100%)

Fuente: Referencia tabla 3.39. Elaboración propia.

TABLA 3.42. NUMERO DE CAMAS SEGUN ESPECIALIDAD Y DEPENDENCIA INSTITUCIONAL. 1979.

ESPECIALIDAD	SECTOR PUBLICO				SECTOR PRIVADO				TOTAL		
	Sanidad y S.S. ciencia	Educación	Defensa	Ditupaciones y cabildos	Municipios Particular	Beneficen. Iglesia	Cruz Roja	Particulares		Otros	
Medicina Inter. y especialidades	15.459	2.946	4.509	5.905	1.666	2.704	955	703	5.485	85	40.417
C. General y especialidades	22.509	3.156	3.413	6.325	1.300	3.170	1.930	1.716	15.791	107	59.417
Obstetricia y Ginecologia	8.511	1.225	584	2.362	932	800	509	528	5.485	187	21.121
Psiquiatria y Tuberculosis	8.624	722	1.258	25.486	127	754	8.752	43	5.912	--	51.738
Pediatria	8.951	1.157	396	1.805	148	580	803	189	1.720	26	15.775
Rehabilitación y Cuidados Inten.	3.377	367	158	620	75	360	520	124	2.235	80	7.916
Otros	1.628	252	622	1.820	522	1.030	637	41	883	--	7.435
Nº abs.	69.059	9.825	10.940	44.323	4.770	9.398	14.106	3.344	37.571	483	203.819
%	(34%)	(5%)	(5%)	(22%)	(2%)	(5%)	(7%)	(2%)	(18%)	(0.24%)	(100%)

Fuente: Referencia tabla 3.39. Elaboración propia.

TABLA 3.43. CAMAS POR MEDICO SEGUN ESPECIALIDADES Y DEPENDENCIA INSTITUCIONAL. 1979

ESPECIALIDAD	SECTOR PUBLICO				SECTOR PRIVADO				TOTAL		
	Sanidad y S.S. ciencia	Educación y cabildos	Defensa y Diputaciones	Municipios y Particulares	Beneficencia Particular	Iglesia Cruz Roja	Particulares	Otros			
Medicina Inter. y especialidades	5,07	4,38	20,04	7,3	5,24	4,81	2,89	1,83	2,51	2,13	4,72
C. General y especialidades	5,68	4,86	15,04	8,04	3,87	5,01	3,26	3,83	3,77	6,30	5,02
Obstetricia y Ginecologia	7,00	7,21	11,45	10,41	6,81	4,79	5,25	4,03	3,84	11,69	5,80
Pediatria	7,01	5,19	11,00	8,21	2,43	4,50	5,70	2,49	2,29	1,74	5,39
Psiquiatria	19,83	6,14	16,52	57,55	5,90	14,36	44,43	0,81	11,17	--	29,09
TOTAL	3,60	2,29	11,69	9,78	4,07	3,67	7,88	2,21	3,24	3,93	4,27

(1) Las camas concertadas en los servicios de Tuberculosis, Rehabilitación y M.Intensiva, no se tienen en cuenta en la distribución por especialidades, si en la distribución por dependencia institucional.

Fuente: Referencia tabla 3.39. Elaboración propia.